Rok XL. Kraków, 19 Stycznia 1901. Nr. 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakładu Anat. patol. prof. Browicza w Krakowie.

Przypadek trzustki dodatkowej w ścianie żołądka oraz o wadach rozwojowych trzustki wogóle.

Podał

Dr. L. K. Gliński.

asystent zakładu.

Wady rozwojowe trzustki [1]) należą wogóle do wielkich rzadkości; stosunkowo najczęściej jeszcze spotykamy na głowie trzustki jakby płat dodatkowy, przylegający zwykle do przedniej powierzchni dwunastnicy, pozostający jednak w ścisłym związku z głową trzustki, od której oddziela go tylko większe lub mniejsze przewężenie; jest to t. zw. trzustka mniejsza (*pancreas minus*), której przewód wyprowadzający uchodzi do przewodu Wirsungiusza, lub też, co częściej, wprost do dwunastnicy. Bez porównania rzadsze są właściwe trzustki dodatkowe (*pancreas accessorium, succenturiatum*), nie pozostające w związku z właściwą trzustką i tworzące jakby oddzielne narządy, umieszczone w niezwykłych miejscach, bo w ścianach żołądka lub jelit cienkich.

Dotychczas w piśmiennictwie nie zdarzyło mi się spotkać pracy, którąby sprawę powstawania trzustek dodatkowych przedstawiała we właściwem świetle; ten wzgląd, jak również i rzadkość samej sprawy skłoniły mnie do ogłoszenia niżej opisanego przypadku trzustki dodatkowej i do szczegółowego rozejrzenia się w odpowiedniem piśmiennictwie, które to poszukiwania doprowadziły mnie do wniosku, iż zestawienie opisanych przypadków może ze swej strony rzucić pewne światło na sam rozwój trzustki, a powtóre — na sprawę powstawania w pewnych przynajmniej razach uchyłków w jelitach.

Rozglądając się bardzo skrzętnie w dostępnem mi piśmiennictwie, zdołałem zebrać zaledwie 13 przypadków właściwej (oddzielnie leżącej) trzustki dodatkowej; z tych — 3 w ścianach żołądka i 10 w ścianach jelita cienkiego; do tej liczby być może należałoby zaliczyć i przypadek Schultzego, który przy badaniu pośmiertnem noworodka znalazł uchyłek jelitowy, „cujus apicem“, jak powiada autor, „glandulosa papilla quaedam quasi coronabat;“ wobec jednak braku szczegółowego opisu i badania drobnowidowego przypadkowi temu większej wagi przypisywać nie możemy.

Klob, który pierwszy badaniem drobnowidowem stwierdził istnienie trzustek dodatkowych, spostrzegał 2 przypadki: w 1-szym w środku wielkiej krzywizny żołądka u 20-letniej dziewczyny znalazł on płasko-okrągławy twór o wejrzeniu gruczołowem, który, jak to wykazało badanie drobnowidowe, posiadał utkanie trzustki i leżał w ścianie żołądka między błoną mięsną a otrzewną; przewodu wyprowadzającego autorowi nie udało się odnaleźć. W przypadku drugim trzustka dodatkowa leżała w początkowej części jelita czczego, lecz i tutaj autor nie znalazł przewodu wyprowadzającego. Bliższych szczegółów co do tych przypadków Klob nie podaje.

Zenker widział 6 przypadków trzustki dodatkowej, zawsze jednakże spotykał ją w jelicie cienkiem i to raz w dwunastnicy, 3 razy w początkowej pętli jelita czczego, w przypadku 5 znalazł Zenker 2 trzustki dodatkowe: jedna z nich znajdowała się w odległości 16 ctm., druga 48 ctm. poniżej dwunastnicy; przypadek 6 wreszcie zasługiwał na uwagę ze względu na to, iż tutaj 54 ctm. powyżej zastawki Bauhina znajdował się $5^1/_2$ ctm. długi uchyłek z wązką krezką o znacznej ilości tkanki tłuszczowej, wśród której, w małej odległości od szczytu uchyłku, leżała trzustka dodatkowa. Wielkość trzustek dodatkowych w przypadkach tych wahała się między wielkością ziarna soczewicy a talara. Stosunek do warstw jelita bywał różny; w 3 przypadkach trzustka dodatkowa leżała w warstwie podśluzowej; w pozostałych zaś trzech główną swą masą spoczywała ona między otrzewną a warstwą mięsną i tylko gdzieniegdzie pęczki mięsne wdzierały się w tkankę gruczołową. We wszystkich tych przypadkach Zenkerowi udało się wykazać przewód wyprowadzający, którego ujście znajdowało się zwykle (w 4 przypadkach) na szczycie drobnej wyniosłości, leżącej (nie zawsze) w części środkowej trzustki dodatkowej; gdzie wyniosłości nie było, (pozostałe 2 przypadki), tam przez ucisk udawało się w pewnem miejscu wycisnąć z gruczołu nieco cieczy i miejsce to uważa Zenker za ujście przewodu. We wszystkich przypadkach było wykonane badanie drobnowidowe; właściwa trzustka leżała zawsze w miejscu prawidłowem i nie okazywała żadnych zboczeń w kształcie i wielkości. Wszystkie wymienione trzustki dodatkowe znalezione były przez Zenkera u ludzi dorosłych, w wieku 17—54 lat.

Wagner znalazł dwukrotnie trzustkę dodatkową: jedną w jelicie cienkiem, której opis pomija milczeniem, drugą w ścianie żołądka. W przypadku tym trzustka dodatkowa leżała na przedniej ścianie żołądka bezpośrednio obok małej krzywizny, prawie w równej odległości od wpustu i odźwiernika; stanowiła ona twór płaski, kształtu owalnego, leżący głównie w błonie podśluzowej, otoczony wiotką tkanką łączną i tylko w jednem miejscu silniej zrośnięty z błoną śluzową; wymiary trzustki wynosiły $4''' \times 5''' \times 7'''$. Grubszego przewodu W. nie znalazł; sądzi jednakże,

[1]) Spotykany niekiedy u płodów niedokształconych (bezgłowych) całkowity brak trzustki, jako nie pozostający w ścisłym związku z omawianemi niżej sprawami, pomijam w tej pracy. (*Przyp. autora*).

iż musiał on się znajdować (a raczej uchodzić) w miejscu silniejszego zrostu trzustki dodatkowej z błoną śluzową; badanie drobnowidowe wykazało typowe utkanie trzustki, a wśród tkanki łącznej międzyzrazikowej rozgałęziające się przewody gruczołowe.

Gegenbaur opisuje przypadek trzustki dodatkowej w ścianie żołądka, zresztą zupełnie prawidłowego; w blizkości małej krzywizny, w odległości 2 ctm. od odźwiernika znajdował się twór okrągły, długości 14 mm., grubości 6 mm., wypuklający błonę śluzową; badanie drobnowidowe wykazało budowę trzustki; masa gruczołowa leżała w błonie podśluzowej; przewód wyprowadzający udało się odnaleźć dopiero po bardzo długich i żmudnych poszukiwaniach.

Neumann znalazł u 10-miesięcznego dziecka w jelicie cienkiem, w odległości 2 stóp (=60 ctm.) powyżej zastawki Banhina uchyłek długości $1^1/_2$ cala o budowie ściany jelitowej; na szczycie uchyłka znajdowało się na szypułce ciałko wielkości ziarna grochu, wykazujące pod drobnowidem utkanie trzustkowe; w szypułce przebiegał przewód, przez który łatwo dało się wprowadzić szczecinę.

Nauwerck ogłosił przypadek, w którym u 43-letn. mężczyzny znalazł w jelicie biodrowem, w odległości 2·3 metra powyżej zastawki Banhina uchyłek długości 9 ctm. grubszy od ołówka, nieco przypłaszczony, ku końcowi zgrubiały, nie posiadający własnej krezki, pokryty całkowicie otrzewną; uchyłek ten posiadał w części, przylegającej do jelita, lejkowato zwężające się ku górze światło, pozostające w związku ze światłem jelita i był tutaj wysłany błoną śluzową o budowie prawidłowej błony śluzowej jelita. W górnej części uchyłek ten nie posiadał światła i był wypełniony całkowicie przez ciało szarawo zabarwione o wejrzeniu gruczołowem; mniej więcej przez środek tego ciała przebiegał przewód, w który udało się wprowadzić cienki zgłębnik; badanie drobnowidowe wykazało budowę trzustki; trzustka właściwa niezmieniona leżała w miejscu prawidłowem. Przypadek ten zasługuje na szczególną uwagę z tego względu, iż tutaj, w odległości 80 ctm. powyżej zastawki Bauhina znajdował się z boku od przyczepu krezki drugi uchyłek, posiadający 3 ctm. długości i uważany przez Nauwercka za rzeczywisty uchyłek Meckela.

Przypadek trzustki dodatkowej, którą znalazłem w zwłokach 24-letniej kobiety w zakładzie anatomiczno patologicznym prof. Browicza, przedstawiłem jeszcze w kwietniu r. 1899 w krakowsk. Towarzystwie lekarskiem. Trzustka właściwa w przypadku tym leżała w miejscu zwykłem i ani kształtem swoim, ani wielkością, nie różniła się od stanu prawidłowego; trzustka ta posiadała przewód wyprowadzający, biegnący wzdłuż narządu i uchodzący razem z przewodem żółciowym wspólnym do dwunastnicy; przewodu dodatkowego (Santoriniego) w głowie trzustki nie znalazłem. Na górno-tylnej ścianie żołądka, w małej odległości (około 2 ctm.) od odźwiernika, znajdowało się wypuklenie błony śluzowej kształtu owalnego, łagodnie wznoszące się ze wszystkich stron ku środkowi; pod wypukleniem tem dawało się wyczuć jakieś ciało, miernie zbite, od otoczenia dość wyraźnie odgraniczone; niezmieniona błona śluzowa ponad ciałem tem dawała się łatwo przesuwać; na przekroju prostopadłym do powierzchni widać było już makroskopowo, jak warstwa mięsna żołądka w kierunku od brzegów ku środkowi tego ciała powoli stawała się coraz grubszą, przybierając wejrzenie ciała szaro, miejscami czerwonawo-szaro, zabarwionego o wejrzeniu gruczołowem; wymiary tego ciała wynosiły: długość $4^1/_2$, szerokość 3, grubość (w środku, a więc w miejscu najgrubszem) 1 ctm. Ciało to wypukláło również i zewnętrzną ścianę żołądka, miejscami nawet więcej, niżeli błonę śluzową.

Badanie drobnowidowe wykazało wśród warstwy mięsnej obecność licznych zrazików gruczołowych, odpowiadających swą budową drobnowidową budowie trzustki prawidłowej i pooddzielanych od siebie pasemkami tkanki łącznej; zraziki te, łącząc się ze sobą, tworzyły większe skupienia, pooddzielane od siebie pasmami mięśni gładkich; skupienia te zrazików znajdowały się prawie wyłącznie wśród wewnętrznej (okrężnej) warstwy mięsnej, miejscami tylko zachodząc i w warstwę mięsną zewnętrzną. Wśród pasemek tkanki łącznej, a nawet i wśród pasm mięśni gładkich, odgraniczających większe skupienia zrazików gruczołowych, znajdowały się przewody, miejscami dochodzące dość znacznej grubości i wysłane jednowarstwowym nabłonkiem wałeczkowym; w świetle grubszych przewodów widoczna była drobno-ziarnista masa. Warstwa mięsna oczywiście była znacznie rozszerzona, nie tworzyła jednolitego pokładu, lecz w postaci dość szerokich pasm odgraniczała większe skupienia zrazików gruczołowych.

Co się tyczy innych warstw ściany żołądka w tem miejscu, to błona śluzowa nie przedstawiała nic nieprawidłowego; natomiast w błonie podśluzowej uderzało nagromadzenie znacznej ilości gruczołów, budową swą odpowiadających budowie gruczołów Brunnera, zwykle spotykanych wyłącznie tylko w dwunastnicy; między otrzewną a warstwą mięsną podłużną znajdowało się dość znaczne nagromadzenie tkanki tłuszczowej

Wobec wyniku badania drobnowidowego nie może ulegać najmniejszej wątpliwości, iż mieliśmy również i w danym razie do czynienia z przypadkiem trzustki dodatkowej, leżącej w warstwie mięsnej żołądka, czego dotychczas jeszcze nie spostrzegano: w opisanych przypadkach trzustka dodatkowa spoczywała zwykle w warstwie podśluzowej, lub też między otrzewną, a warstwą mięsną. Przewodu wyprowadzającego odszukać mi się nie udało w tym przypadku; poszukiwania jednak w tym kierunku przedsięwziąłem dopiero po ustaleniu całej trzustki dodatkowej w formalinie; biorąc jednakowoż na uwagę zachowanie się przewodów w obrazie drobnowidowym, sądziłbym, iż i w tym przypadku istniał przewód wyprowadzający wspólny, którego tylko nie udało się odszukać w okazie już ustalonym.

Zestawiając obecnie wszystkie wyżej omówione przypadki, widzimy, iż prócz t. z. trzustki mniejszej (*pancreas minus*), spotykanej dość często i stanowiącej tylko jakby dodatkowy płat, pozostający zresztą w ścisłym związku z prawidłową trzustką właściwą, znajdujemy, co rzadziej w ustroju ludzkim i rzeczywiste trzustki dodatkowe (*pancreas accessorium*), stanowiące zupełnie oddzielne narządy, nie pozostające w związku z trzustką właściwą i leżące w ścianach przewodu pokarmowego — żołądka, dwunastnicy i wogóle jelita cienkiego; trzustki, spotykane w ścianach jelit, po iadają prócz tego niekiedy tę właściwość, iż leżą w dnie lub na szczycie uchyłków, których ściany stanowią bezpośrednie przedłużenie ściany jelita.

Hyrtl w swoim podręczniku anatomii topograficznej

wspomina, iż do wielkich rzadkości należy „dass sich eine Partie von Läppchen des Pancreas von dickem Ende dieser Drüse weg hinter die A. u. V. mesaraica superior begiebt, oder diese Gefässe an ihrer Wurzel umschlingt,“ ogranicza się jednakże tylko do tej krótkiej wzmianki, z której nie można nawet wywnioskować, czy te zraziki tworzą narząd oddzielny, czy też pozostają w jakimś związku z trzustką właściwą; w pierwszym razie należałoby je zaliczyć do rzędu trzustek dodatkowych właściwych *(pancreas accessorium)*, w razie zaś przeciwnym uważać je należy tylko za odszczepienie części głowy trzustki, a więc za t. z. trzustkę rozszczepioną *(pancreas divisum)*, o czem niżej.

II. Z ortopedycznej kliniki prof. Hoffy w Würzburgu i chirurgicznej kliniki prof. Kadera w Krakowie.

O lejkowatej klatce piersiowej.

Napisał

Dr. W. Chlumsky,

I asystent Kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Dokończenie).

Rozpoznanie klatki piersiowej lejkowatej (zwłaszcza w przypadkach dalej posuniętych) jest bardzo łatwe: Typowe zagłębienie lejkowate w środku przedniej ściany klatki piersiowej z wygięciem mostka ku tyłowi i odpowiedniem wygięciem przednich końców żeber ku wewnątrz, które jest najwyraźniejszem w miejscu największej głębokości lejka.

Klatka lejkowata jest bardzo podobną do klatki piersiowej rynienkowatej (thorax gouttière); ta ostatnia jest również wadą wrodzoną i posiada kilka cech wspólnych pod względem swego pochodzenia z piersią lejkowatą (Féré i Schmidt, Marie). Jednak w przypadku piersi rynienkowatej mostek jest zupełnie prosty, a tylko przednie końce żeber są i to dosyć równomiernie wygięte, wskutek czego powstaje na przedniej ścianie klatki piersiowej rodzaj żłobka.

Do wrodzonych zniekształtnień klatki piersiowej należy jeszcze »thorax en proue« z silnem wypukleniem mostka ku przodowi i bocznem spłaszczeniem klatki piersiowej, wskutek czego przednia ściana klatki piersiowej przybiera trójkątny kształt garbu. Bezkształtność ta jest przeciwstawieniem do klatki piersiowej lejkowatej. Wspominam tu o niej jedynie ze względu, że i ona jest wadą wrodzoną. Zagłębienia i wpuklenia boczne okolomostkowe wykazują pewne podobieństwo z klatką piersiową lejkowatą, są jednak one zwykle nieregularne, leżą z boku i nieobejmują mostka, tylko w rzadkich przypadkach mostek jest w wej bocznej części nieco wchylony, ale i wówczas wierzchołek zagłębienia nie leży na mostku. Spostrzegałem pacyenta, który obok zagłębienia w środku, odpowiadającego kształtem piersi lejkowatej, miał jeszcze po obydwóch jego stronach dwa inne dołki, łączące się z środkowem zagłębieniem. W całości miały te 3 dołki kształt listka koniczyny i dlatego nadaliśmy temu zniekształtnieniu nazwę pierś kształtu trójlistka („*Kleeblattbrust*“).

Przy rozpoznawaniu nabytych zniekształtnień przedniej ściany klatki piersiowej powinniśmy pamiętać o możliwych w niej zmianach z powodu syringomyelii. Te nie mają jednak żadnego kształtu charakterystycznego i nie przekraczają zawczaj dolnej graniey mięsnia piersiowego, (Picqné i Colombani). Pierwotna postępująca myopatya powoduje jedynie przypłaszczenie przedniej ściany klatki piersiowej z odgięciem się dolnych łuków żebrowych ku zewnątrz *(Taille de guèpe)*. Podług Mariego można w tych przypadkach zauważyć wgniecenie, które ogromnie przypomina pierś lejkowatą.

Przy różniczkowem rozpoznaniu nie należy spuszczać z uwagi zniekształtnień klatki piersiowej t. zw. »zawodowych«, jakie się wytwarzają u krawców, szewców, pisarzy, z wygięciem łuków żebrowych ku zewnątrz, — a również myśleć należy i o niektórych innych nietypowych zboczeniach; we wszystkich tych przypadkach brak jednak wyżej wymienionych charakterystycznych cech klatki piersiowej lejkowatej.

Metody leczenia. Pierś lejkowata, o ile nie jest powikłana z innemi chorobami, — nie powoduje żadnych przypadłości. Wszyscy nasi pacyenci byli w stanie tak swobodnie się poruszać, jak gdyby nic im nie brakowało. Zniekształcenie to wykrywano zwykle przypadkowo, przy sposobności badań z innej przyczyny. Z tego powodu chorych, dotkniętych tą wadą, nie leczono wcale, lub też bardzo pobieżnie. Chapard zaleca przeciw chorobom klatki piersiowej w ogólności leczenie zapomocą przyrządów i rozmaitego rodzaju ćwiczeń gimnastycznych. Każe on pacyentom wykonywać silne wydechy do spirometrów według konstrukcyi Fortuda, Heniego, względnie Mathieugo, de Joalego, które to wydechy należy wykonać kilkakrotnie, raz po razie. Po tych wydechach następują (jak to się samo przez się rozumie) głębokie wdechy, w których pacyenci chętnie nieco przesadzają, aby następnie otrzymać wyższe liczby w skali spirometrycznej. Tym sposobem ulega klatka piersiowa rozszerzaniu we wszystkich kierunkach, co wobec klatki piersiowej lejkowatej odgrywa rolę zabiegu leczniczego.

Dalej Chapard poleca chodzenie po górach, Redard i Chapard — pewien rodzaj gimnastyki oddechowej, przyczem lekarz uciska na boczne ściany klatki piersiowej i to w ten sposób, że patologicznie skrócone wymiary wydłużają się, a wydłużone ulegają skróceniu.

Pacyentom profesora Hoffy chodziło głównie o względy kosmetyczne. Były to przeważnie panienki z dostatniejszych domów. Wchodziły tu w grę również i względy tualetowe. Leczyliśmy te przypadki ze skutkiem wcale niezłym mniej więcej w sposób następujący: przedewszystkiem były stosowane ćwiczenia gimnastyczne, w rodzaju tych, jakich używał Redard. — Klatkę piersiową ugniotano z boków, rękami płasko ułożonemi po obydwóch jej stronach, przy głębokim wydechu, a pacyentom kazano wśród tego wykonywać głębokie wdechy. Tym sposobem wymiar przednio-tylny klatki piersiowej musiał się wydłużać pod działaniem ciśnienia wewnątrz niej, a lejkowate wgłębienie klatki stawało się płytszem z powodu utrudnienia w rozszerzaniu się jej w wymiarze poprzecznym. Tego rodzaju ćwiczeń dokonywano przez przeciąg kilku minut i to po kilka razy dziennie.

W dalszym ciągu musieli pacyenci grać na trąbach, przyczem rozszerza się klatka tak samo, jak przy leczeniu spirometrami. Następnie przylepiano wązkie paski przylepca

do dna zagłębienia klatki piersiowej, poczem za nie z lekka pociągano, aby i w ten sposób zagłębienie uczynić płytszem.

Takie same zadanie miała spełniać wydrążona miseczka rogowa, dająca się zupełnie dokładnie przyłożyć do zewnętrznych granic wgłębienia. Na górnej jej powierzchni znajduje się pompa ssąca z urządzeniem wentylowem, zapomocą której można było wypompować powietrze pod miseczką zawarte i w ten sposób podnieść podstawę, na której ona spoczywa. Sporządzenie takich, dokładnie przylegających miseczek było jednak zawsze połączone z wielkiemi trudnościami.

Jak już wspomniałem, wyniki, osiągnięte tymi sposobami leczenia, były stosunkowo dosyć dobre Naturalnie tylko u młodszych pacyentów. U tych bowiem kości były jeszcze giętkie i podatne, wskutek czego można jeszcze było tymi zabiegami wpłynąć na ich kształt. W przypadkach cięższych, a zwłaszcza u osób starszych, należałoby może próbować zabiegów operacyjnych, jak przecięcia mostka z następowem podniesieniem wygiętych części kości, lub podobnych zabiegów. Jest to jednak zabieg już dosyć poważny i powinien być stósowany przy wskazaniu ścisłem.

Sądzę też, że ze względów li tylko kosmetycznych chory nie tak łatwo zdecyduje się na operacyę, tem więcej, że pozostaje po niej blizna, która jest rzeczą również nieestetyczną.

Co się tyczy sposobów leczenia nabytych zniekształtnień piersi lejkowatej, to oprócz powyżej wspomnianych metod należy stósować przedewszystkiem leczenie przyczynowe.

Piśmiennictwo: Luschka: Journal d'anatomie de Robin, 1869. Eggel: Virchow's Archiv B. 49 p. 230, 1870. Flesch: Virchow's Archiv B. 57 p. 289, 1873. Hagman: Jahrbuch der Kinderbeilkunde XV. p. 455, 1880. Klemperer: Wiener med. Bl. 50, 1880. Ebstein: Deutsch. Archiv für klin. Med. B. XXX. p. 241, 1882. Ebstein: Deutsch. Arch. für klin. Med. B. XXXIII. p 100. 1883. Graeffner: Deutsch. Archiv für klin. Med.B. XXXIII p. 95, 1883. Mühlhauser: Deutsch. Archiv für klin. Med. B. XXXIII. p. 98, 1880. Coen: Bull. des sciences médicales de Bologne V 14 p. 5, 1884. Percival: Revue clinique de Bologne p. 401, 1884. Klemperer: Deutsch. med. Wochenschrift, 1888. Brunon: Annales d'hygiéne. Paris 520, 1891. Hoffa: Lehrbuch der ortop. Chirurgit Stuttgard p. 220, 1891. Ramadier et Serieux: Nouvell. Iconograph. de la Salpetrière p. 337, 1891 Hagman: Traité pratique de chirurgie orthopédique 1892 Ribbert: Zur Aetiologie der Trichterbrust. D. m. W.; 1894, N. 33 apitan: Médicine moderne 1892. Féré et Schmid: Journal de l'anatomie et de la physiologie p. 564, 1893 Marie: Journal de la Société med. des hopitaux, 1895. Marie: Gazette hebdomadaire de médicine et de chirurgie 1896. Marie: Leçons de chin. médic. de l'Hôtel Dieu, 1896. Piqué et Colombani: Revue d'orthopédie, 1890.

• • •

III. Spostrzeżenia kliniczne i terapeutyczne [1]).

Z oddziału chorób wewn. Szpitala powsz. we Lwowie pod kierunkiem Doc. Dr. J. Wiczkowskiego.

Hedonal, Resaldol i Hidragogina.

Podał

Dr. Juliusz Zajączkowski, sekund. oddziału.

Od szeregu lat świat lekarski jest formalnie zasypywany „nowymi lekami“, — a szumne pochwały, rozliczne reklamy i broszury torują im drogę do najdalszych zakątków. Wobec tego bezkrytycznego nawału nie należy ślepo ufać podejrzanym częstokroć ocenom, ogłoszonym w dziennikach zagranicznych; — sami powinniśmy przyłożyć nóż krytyki do tych rzekomych zdobyczy, aby się nie dać porwać uniesieniu i nie zastósowywać wszystkiego, co nam do zastósowania podają, lub też odwrotnie nie odrzucić w czambu wszystkiego, gdyż nie trudno z jednej przesady wpaść w drugą, a kto wie, czyby się w takim razie nie uroniło wówczas niejednego pożytecznego środka, który przedstawia rzeczywisty nabytek i postęp w rozwoju nauki terapeutycznej.

W pierwszym rzędzie do tej krytyki powołane są szpitale, gdzie codzienne troskliwe i oględne spostrzeganie może i potrafi odróżnić leki dobre od złych, korzystne od niepożytecznych, a czasem i szkodliwych.

Tem zapatrywaniem wiedziony Doc. Dr. Wiczkowski, prymaryusz oddziału, zachęcił mię do tych spostrzeżeń, których tem chętniej się podjąłem, że obfity materyał szpitalny, umożliwiona wszechstronna obserwacya, pomoc i zachęta na każdym kroku szefa oddziału, umożebniły mi choć w ten skromny sposób przysłużyć się nauce polskiej. Przystępując do szeregu doświadczeń z nowymi lekami, nie mam zamiaru podawać ich w całej rozciągłości, a to, by nie znużyć czytelnika i nie zatrzeć istotnego celu; — zależeć mi będzie głównie na podaniu wyników, a historye chorób przytaczać będę tylko takie, które do wytłómaczenia i uzasadnienia tych wyników mogą się przyczynić.

Przy zastósowaniu każdego leku starałem się, aby mojej baczności nie uszedł żaden szczegół, mogący być policzony na korzyść lub niekorzyść nowego środka, a nadto przystępowałem do pracy z całą bezstronnością; uwagę moją zajmowało zachowanie się moczu, tętna, oddechania, ciepłoty i wszelkie inne szczegóły, a nie spuszczałem przytem nigdy z oczu ogólnego stanu chorego.

Hedonal.

Hedonal należy do gromady uretanów, czyli estrów kwasu karbaminowego.

Jeżeli w etyl-uretanie, powszechnie zwanym uretanem $\left(OC\begin{matrix}\diagup OC_2H_5 \\ \diagdown NH_2\end{matrix}\right)$ w miejsce etylu wprowadzimy wyższe rodnie alkoholowe, otrzymamy połączenie o własnościach podobnych, lecz silnej działające, niż uretan. Drezer (1899) doszedł do najlepszych wyników, podstawiając w miejsce etylu metylpropyl, otrzymał połączenie metyl-propyl-karbinol-uretan, czyli hedonal. Jestto proszek biały, krystalizujący się w igiełkach, łatwo się rozpuszczający w rozcieńczonym wyskoku i gorącej wodzie. Polecony przed kilkunastu laty przez Jakscha i Schmiedeberga, etyl-uretan cieszył się krótkiem względnie powodzeniem głównie dlatego, że do wywołania snu potrzeba było nieraz użyć dawki, dochodzącej do 6 grm.

Badania Drezera, przeprowadzone z hedonałem na królikach i psach, wykazują, że do wywołania równych skutków potrzeba 4-krotnej ilości etyl-uretanu, a 2-krotniej wodnika chloralu. Dawka od 1—2 grm. okazała się skuteczną u ludzi. Jako wskazania do zastósowania hedonalu, wymienia Drezer bezsenność w neurastenii, hipochondryi, zadumie i innych stanach przygnębienia umysłowego; mniej korzystne wyniki dostrzegał w histeryi, a żadnych — w stanach podnieecnia w przebiegu obłędu i urojeń, gdzie i inne środki nasenne zwykle zawodzą.

Jak widzę z całego szeregu sprawozdań, które dostały się do moich rąk, hedonal był stósowanym wyłącznie w kierunku, wskazanym przez Drezera, a tego kierunku doświadczeń obrać nie mogliśmy, głównie z tego powodu, że nie rozporządzamy podobnym materyałem na oddziele chorób wewnętrznych. Mając za to pod dostatkiem chorych na niewyrównane wady serca, u których, jak wiadomo, bezsenność jest jednym z najdolegliwszych objawów, stósowa-

[1]) Doc. Dr. Wiczkowski powziął chwalebną myśl urządzenia w swoim Oddziale szpitalnym we Lwowie »Stacyi kontrolnej nowych leków«. Reklamowane bezkrytycznie nawet przez poważne czasopisma zawodowe, »nowe leki«, z małym wyjątkiem, przynoszą tylko dotkliwy zawód dla lekarza i dla chorego. Skwapliwie więc otwieramy nową rubrykę, w której pomieszczać będziemy, w miarę dostarczenia nam, wyniki spostrzeżeń nad działaniem leczniczem »nowych leków«, zaznaczając jednocześnie, że spostrzeżenia te prowadzone są z całym zasobem badań naukowych, a ogłaszane będą tylko w ostatecznych swych wynikach i wnioskach *(Red.)*

liśmy u nich hedonal, zachęceni minimalnem jego korzystnem działaniem na serce i stwierdzonem przez Drezera zwiększonem wydzielaniem moczu.

Hedonal podawaliśmy w proszkach 1—2 gramowych, w opłatku lub bez niego, polecając popić małą ilością wody. Można go podawać również w gorących płynach, najlepiej w gorącym ocukrzonym naparze miętowym, lub też w roztworze wyskokowym, według przepisu:

Rp. Hedonali 6,0
Spirit. vini dil.
Syrupi Cinamomi aa 30,0.
Olei carvi aether gttas II.

MDS. jedną łyżkę na noc. (W łyżce tego roztworu zawiera się $1^1/_2$ grama hedonalu).

Z powodu jednak nieco przykrego smaku najlepiej podawać go, zwłaszcza osobom wrażliwym, w opłatku, w $1^1/_2$ god. po wieczerzy.

Mając dwadzieścia kilka przypadków, w których stosowaliśmy hedonal, przytoczymy tylko kilka, które i tak nam dadzą wyobrażenie o skuteczności tego leku.

Zatem u chorej z rozpoznaniem: *Insuff. valv. semilunaris aortae et stenosis ostii arteriosi sinistri*, która od dłuższego czasu cierpiała na bezsenność, podaliśmy 2 gramy hedonalu w opłatku około god. 9tej wieczorem, polecając popić małą ilością wody. Chora po $^1/_2$ godzinie zasnęła, sen trwał nieprzerwanie do god. 6tej rano; chora uczuła się znacznie pokrzepiona; skarży się tylko na nieznaczny zawrót głowy.

Ilość moczu nieco zwiększona, — brak w nim składników nieprawidłowych. Zmian w tętnie nie zauważyliśmy. W dniu następnym nie podaliśmy chorej hedonalu, — Chora nie spała.

Próby następne uwieńczone były zawsze pomyślnym skutkiem.

W. G. z rozp. *Insuff. mitralis et stenosis ostii venosi sinistri in st. incomp. — insuff. relat. valv. tricusp., cirrhosis hepatis cardiaca*, skarży się na bezsenność, trwającą z małemi przerwami od kilku miesięcy. Chorej tej podaliśmy 2 grm. hedonalu bez opłatka; lek ten zażyła z małą ilością wody; w $^3/_4$ godz. po podaniu zasnęła, sen trwał nieprzerwanie do $6^1/_2$ rano. Wypytywana chora podaje, że od dłuższego czasu nie spała tak smacznie, i że czuje się znacznie pokrzepioną; nie doznaje ani bolu, ani zawrotu głowy.

Liczba i jakość tętna niezmienione: ilość moczu wzrosła z 500 ctm.³ na 760 cm.³, — w moczu ta sama ilość białka (0.007%).

W dniach następnych nie podano hedonalu, mimo tego chora spała od 4—5 godzin.

Chorej *P. P.* z rozp.: *Insuff. mitralis in stadio incomp* podaliśmy również 2 grm. hedonalu w sposób wyżej podany, chora jednak nie zasnęła. Powtórzona dawka następnego wieczora sprowadziła w $^1/_2$ god. u chorej sen, który trwał do godziny $5^1/_2$ rano. Kilka nocy następnych chora spała dobrze, mimo, że hedonalu nie podawaliśmy.

Ograniczamy się na podaniu tych 3 spostrzeżeń zaznaczamy jednakowoż, że podobny skutek osiągnęliśmy w mniejszym lub większym stopniu i u innych chorych, cierpiących na niewyrównane wady serca. Jeżeli zaś obok bezsenności chorych trapi n. p. ból jakiś, jak to bywa n. p. w dusznicy bolesnej, henodal tak długo działał, dopóki ból snu nie przerwał. Za szczególniejszym naciskiem podnieść musimy, że nasenne działanie tego środka rozciągało się niekiedy na kilka następnych nocy, mimo niepodawania hedonalu.

A więc z całą sumiennością możemy hedonal polecić, jako lek, względnie pewnie działający bez wybitniejszych ubocznych następstw, a już na chlubę tego środka trzeba policzyć, że skutecznie działa u chorych na serce, gdyż po 1) nie spostrzegaliśmy osłabienia akcyi serca, po 2) chory nie doznawał lęku po obudzeniu, jak to czasem bywa po innych środkach nasennych, — a pozostawało jedynie nieznacznego stopnia oszołomienie, na które jednak chorzy się nie uskarżali, a po 3) wpływa choć w małym stopniu, na zwiększenie wydzielania moczu. (C. d. n.)

IV. Wyciągi.

Waldvogel. **O metodzie Salkowskiego oznaczania alkaliczności krwi.** (*Deutsche med. Wochs.*, Nr. 43, 1900). Autor zajmował się oznaczaniem alkaliczności krwi sposobem Salkowskiego i podaje wyniki, otrzymane tą metodą. Do oznaczenia alkaliczności krwi używa Salkowski przyrządu Schlösinga, jaki służy do oznaczenia amoniaku metodą miareczkową. Do dolnego naczyńka przyrządu daje się 20 grm. siarkanu amonowego i 20 ctm.³ wody, nie czekając na rozpuszczenie się soli amonowej: do górnego zaś naczynia odmierza się dokładnie 10 ctm.³ krwi i przykrywa szczelnie wszystko kloszem szklanym. Wydzielony działaniem alkalicznem krwi, amoniak zagęszcza się w normalnym kwasie siarkowym, zobojętniając takowy częściowo. Po upływie pięciu dni odmiareczkowuje się kwas siarkowy $^1/_{10}$ norm. roztworem wodorotlenku sodowego. Z ilości teraz mniej użytych ctm.³ ługu sodowego oblicza się alkaliczność krwi. Autor przeprowadzał odmiareczkowanie w ten sposób, iż odmierzał pipetką z roztworu kwasu siarkowego dwa razy po 4—3 ctm.³ kwasu, ilości te miareczkował ługiem, obliczając przeciętnie z tych dwóch oznaczeń ma całą ilość kwasu siarkowego, jaka w naczyńku pozostawała, a którą znów obliczał przez odciąganie jej zapomocą pipetki na $^1/_{10}$ ctm.³ podzieloną. Z odmierzonych początkowo 10 ctm.³ kwasu pozostawała zwykle mniejsza ilość cieczy, a mianowicie 6·3—8·8 ctm.³ wskutek częściowego wyparowania wody. — Postępując w ten sposób otrzymywał autor zgodne wyniki.

(Co do odmierzania pozostałej ilości kwasu siarkowego w naczyńku w sposób, jak go opisuje autor, muszę zaznaczyć, iż on nie jest ścisłym, a nawet grubym błędem analitycznym: wszak nie je, steśmy w stanie z naczynia odciągnąć ciecz w całości, choćby przy zastosowaniu największych ostrożności, a to z tej prostej przyczyny, iż małe kropelki cieczy zawsze pozostają przyczepione do ścian naczyńka. Jeżeli się dalej zważy, iż operujemy tu kwasem stosunkowo silnym, bo normalnym, to wynik otrzymany musi być błędny, t. j. alkaliczność znajduje się za wysoką. Co do samej metody Salkowskiego, to okoliczność operowania z tak znacznemi ilościami jest niedogodną i nie każdy lekarz się zdecyduje do tak znacznego upustu krwi. — *Przypisek referenta*). *Lemberger.*

Sandmeyer. **O mleku Rosego dla dotkniętych cukrzycą.** (*Berl. klin. Wochs.*, 1900, Nr. 44). Wiadomo z jakiemi trudnościami walczy lekarz ze sprawą dyety, w przebiegu leczenia cukrzycy, szczególnie w tych przypadkach, w których ilość wodorotlenków musi być minimalną, albo całkowicie wykluczoną z dyety. Tym trudnościom zapobiedz ma na celu sztucznie przyrządzone mleko, otrzymywane od kilku lat przez reńskie fabryki spożywek w Kolonii, według przepisu aptekarza Dra Rosego. Mleko to wolne jest zupełnie od cukru, ubogie w białko, bogate w tłuszcz i posiada smak przyjemny. Fabryki przyrządzają mleko, zawierające 5% tłuszczu, a nadto na polecenie Sandmeyera mleko, zawierające 10% tłuszczu. Według analiz Sandmeyera zawiera: mleko

	5-procentowe	10-cioprocentowe
tłuszczu	4·96	9·98
białka (sernika 62·5%, białka 37·5%) .	1·14	2·29
istot mineralnych	0·176	0·178
istot wolnych od azotu	1·234	1·244

Sandmeyer podawał mleko Rosego w 50 przypadkach cukrzycy z najlepszym skutkiem. Nawet w ciężkich przypadkach można było utrzymać chorego nietylko w równowadze jego ciężaru ciała, ale nadto uzyskać zwiększenie ciężaru. Mleko Rosego przedstawia napój podobny do śmietanki, o smaku aromatycznym, słabo słodkawym. Najstosowniej podawać to mleko w stanie chłodnym; w tym stanie spożywali chorzy po $^1/_2$—1 litra mleka chętnie w przeważnej ilości przypadków, w niektórych mieszano go z małemi ilościami koniaku, herbaty lub kakao. Zboczeń ze strony przewodu pokarmowego autor nie zauważył, nawet w przypadkach kilkomiesięcznego leczenia. Podanie mleka Rosego wskazanem jest, według autora, w tych wszystkich przypadkach cukrzycy, w których nam zależy na utrzymaniu w równowadze ciężaru ciała chorego, dalej we wszystkich ciężkich przypadkach, w których ilość wodorotlenków ma być zredukowaną do *minimum*, jak również u dzieci w powikłaniach z zapaleniem nerek, w dnie, lub w schorzeniu serca lub układu krwionośnego. W końcu wskazuje autor i na tę okoliczność, iż ilość i jakość białka

i tłuszczu w mleku Rosego może być dowolnie zmienianą, co znacznie podnosi wartość mleka. *Lemberger.*

Zappert. **Nowe środki do odżywiania noworodków.** (*Wien. klin. Wochs.*, Nr. 51, 1900). Najczęściej używane do karmienia noworodków mleko krowie różni się od mleka kobiecego ilością odsetkową składników, t. j. białka, tłuszczu, cukru i soli, stosunkiem zawartości białka nierozpuszczalnego do rozpuszczalnego i zbitością zsiadłego sernika. Aby mleko krowie zrobić podobnem do kobiecego, lub zastąpić go inną mieszaniną, wytworzono cały szereg pokarmów sztucznych, z których najważniejsze autor podaje z uwzględnieniem ich ceny i sposobu użycia.

Dla łatwiejszego rozpatrzenia się dzieli Zappert wszystkie środki, służące do karmienia noworodków, na 2 gromady: do pierwszej zalicza przetwory mleka, oraz inne przetwory sztuczne, służące jako dodatek do mleka krowiego. Tu należą: 1) mleko tłuste Biederta, bądź w puszkach, z którego podaje 1 łyżkę na 13 łyżek wody, bądź też we flaszkach już przygotowane do bezpośredniego karmienia; flaszka po 10 halerzy. 2) Mleko tłuste Gärtnera podaje się rozcieńczone $^1/_3$ wody; flaszka kosztuje od 10—28 halerzy. 3) Mleko roślinne Lahmana: do odpowiedniej mięszaniny mleka krowiego z wodą dodaje się 1 łyżeczkę; puszka 1·50 mk. 4) Mleko dla noworodków „Wiener Molkerei“; przed podaniem rozpuszcza się $^1/_3$ wody; flaszka litrowa 48 hal. 5) Mleko Voltmera jest albo gotowe we flaszkach wprost do karmienia, albo zgęszczone w puszkach. Puszka, kosztująca 2·50 Mk. wystarczy na 4 litry wody. 6) Mleko Backhausa jest we flaszkach do karmienia w cenie 10—19 hal. 7) Mleko dziecięce Hempel-Lehman powstaje przez dodanie do litra mleka, posiadającego odpowiednią ilość tłuszczu, 105 grm. cukru mlecznego i $9^1/_2$ grm. białka kurzego; to zaś przygotowuje się w ten sposób, że do białka jednego jaja dodaje się 4 łyżki wody i cedzi się przez czyste płótno. Mleka takiego gotować nie należy, gdyż białko się zetnie. W daleko lepszy sposób postępuje Wenaepfelmacher; białko świeże jednego jaja rozpuszcza w $^1/_4$ litra wody przegotowanej, oziębionej i to dodaje do odpowiedniej mięszaniny mleka przegotowanego. 8) Białko sproszkowane Hesse-Pfunda jest dobrym dodatkiem do mleka tłustego, jako mającego mało istot białkowatych. Jeden proszek 2·3 grm. wystarcza na 50 grm. mleka tłustego. 9) Mleko Rietha posiada białko rozpuszczalne, nie strącające się przez gotowanie. 10) Mleko sztuczne Rosego, zrobione sztucznie bez mleka krowiego, tylko ze składników, odpowiadających mleku kobiecemu.

Z innych dodatków należy jeszcze wspomnieć somatozę, którą Wolf poleca podawać 2 grm. na litr wody i tego rozczynu dodawać zamiast wody do mleka; proszek mleczny z pankreatyny i cukru Timpesa dodaje się po $^1/_4$ łyżeczki na 100 grm. mleka przed lub po gotowaniu. Pakiet za 60 fenig. wystarczy na 5 dni.

Do drugiej gromady należą przetwory skrobiowate z mlekiem, lub bez niego. Z przetworów tych przyrządzają się zaprawione wodą zupki lub kleiki; ponieważ przetwory te, a zwłaszcza mączki czyste, nie zawierają w sobie tłuszczów, ani białka, dlatego nie są odpowiednie do dłuższego karmienia noworodków: 1) zupa Liebiga zawiera oprócz części składowych mleka także wytwory przemiany skrobi. Podaje się stosownie do wieku dziecka $^1/_8$—3 łyżeczek, którą to ilość zarabia się małą ilością mleka na papkę i tę dopiero dodaje się do odpowiedniej mięszaniny mleka. 2) Mączka Nestlego podaje się na 10 łyżek wody 1 łyżkę mączki. 3) Pożywienie dla dzieci Theinhardta dodaje się do mięszaniny mleka łyżeczkami od $^1/_4$—$2^3/_4$, zależnie od wieku noworodka; dla smaku można dodać trochę cukru. 4) Sucharki Loeflunda podaje się dzieciom starszym od 4-go miesiąca życia; jedna łyżka proszku na 10—12 łyżek wody, mięszając zagotować. 5) Sucharki pożywne Opela podaje się w drugiej połowie pierwszego roku życia noworodka; $^1/_2$ sucharka rozmiękczonego w ciepłem mleku. 6) Mączka Kufekego składa się ze skrobi, zamienionej w dekstrynę i cukier. Pełną łyżkę zaprawia się 5 łyżkami wody, rozmięszawszy dolewa się wody do 1 litra, wszystko razem gotuje się przez 15—20 minut. W ten sposób przygotowaną zupką rozpuszcza się według potrzeby mleko krowie. 7) Mączka owsiana Kenorra. Łyżkę mączki gotuje się w litrze wody przez 30 minut i to następnie dodaje się w odpowiedniej ilości do mleka. 8) Quaker Oats podaje się dzieciom starszym, gotując 8 grm. w litrze wody, z dodatkiem jednego kawałeczka cukru. 9) Mellins Food $^1/_2$ łyżki proszku do 8 łyżek mleka i 8 łyżek wody. 10) Pożywienie dla dzieci Timpeyera jest to mączka, zawierająca proszek kakaowy.

Prócz tych, najczęściej używanych, jest jeszcze cały szereg rozmaitych mączek, jak n. p. ryżowa, jęczmienna, bobowa, grochowa, soczewicza, mąka strączkowa Hartensteina (Leguminosenmehl) cały szereg kaszek i grysików, jak kaszka owsiana, sago, tapioka, nadto rozmaite przetwory słodu, miodu i t. p. — Wszystkie te przetwory służą jako pożywki dla noworodków starszych. *P.*

Escherich. **Różnice między sztucznym a naturalnym pokarmem noworodków.** (*Wien. klin. Wochs.*, Nr. 51, 1900). Dzieci, karmione sztucznie, daleko później powracają do wagi pierwotnej; przyrost ich jest wogóle powolniejszy; nawet po kilku miesiącach, jeżeli zrównają się co do wagi z karmionemi piersią matki, to mimo to są bledsze, ruchy ich gnuśniejsze, mięśnie słabiej rozwinięte, nawet mimo prawidłowego lub zwiększonego rozwoju podściółki tłuszczowej; u nich też częściej występuje krzywica i łatwiej podlegają chorobom. Przyczyna słabszego rozwoju leżeć będzie w tem, że pokarm sztuczny, chociażby przygotowany tak, iż w zupełności odpowiada składem mleku kobiecemu, nie posiada pewnych składników, bliżej chemicznie nam joszcze nieznanych, jakie znajdują się w mleku kobiecem. Jednym z takich składników jest wykryty przez Sigfrieda nukleon, którego ślady tylko znajdujemy w mleku krowiem. Z doświadczeń Ehrlicha wiemy, że dzieci, karmione przez matkę, nabierają odporności na pewne cierpienia, a więc muszą z pokarmem wyssać jakieś odpowiednie antytoksyny. Wydzieliny gruczołowe, jak n. p. ślina, sok trzustkowy i t. p., wpływają u osób dorosłych na przemianę pokarmów spożytych; ponieważ zaś noworodki, jak wykazują doświadczenia Zweifla, Pfaundlera, nie posiadają prawie żadnej funkcyi gruczołowej, dlatego mleko niewieście posiada tę własność, że ulega wchłanianiu bez działania jakichkolwiek zaczynów, nadto z mlekiem kobiety dostają się do ustroju noworodka pewne jeszcze składniki, ułatwiające przyswajanie wytworów, potrzebnych do budowy ciała i wzrostu noworodka. Przeciwnie, dziecko, żywione pokarmem sztucznym, musi wytworzyć przemianę pokarmu spożytego, poczem może dopiero nastąpić wchłanianie i przyswajanie; dlatego też tylko dzieci dobrze rozwinięte, u których zdolność wydzielnicza gruczołów jest tak rozwinięta, że może sprowadzić przemianę pokarmu sztucznego, mogą rozwijać się należycie przy karmieniu sztucznem. Z tego to powodu radzi autor dokarmiać dzieci tylko mlekiem krowiem, w tej nadziei, że choć w małej ilości z mlekiem kobiecem będą pobierać składniki dla nich konieczne, a których mleko krowie nie posiada; to i tak ta mała ilość wywrze dobry skutek na ich rozwój. *P.*

Saft. **Zaszycie pochwy ze sztuczną przetoką pochwowo-odbytniczą po nawrocie raka.** (*Deutsche med. Wochensch.*, Nr. 52, 1900). Autor opisuje przypadek nawrotu raka po wyjęciu całkowitem macicy, który powstał w końcu pozostałej pochwy, przeniósł się na przyrosłe do blizny jelito cienkie i sprowadził jego przedziurawienie, w następstwie czego kał odpływał częściowo przez pochwę. Chcąc usunąć te straszne dla chorej przypadłości, zrobił autor poza zwieraczem odbytnicy przetokę pochwowo-odbytniczą, grubości palca, poniżej której zeszył całkowicie pochwę. Aby uniknąć gromadzenia się kału w uchyłku pochwy, wprowadził przez przetokę od odbytnicy gruby cewnik, którym wydzielina odpływała, tą drogą też później chora sama uchyłek sobie przepłókiwała. *P.*

Buschke. **Przyczynek doświadczalny w sprawie łysienia.** (*Berl. klin. Wochs.*, Nr. 53, 1900). Przyczyny łysienia są wogóle mało jeszcze znane; tyle tylko wiadomo, że mogą być rozmaite, jak przebycie pewnych chorób zakaźnych (dur, kiła), nerwowych, zapalne sprawy w skórze i t. d. Najmniej znane są przyczyny t. zw. łysienia samoistnego (łysina plackowata, łysina przedwczesna, łysina łupieżowa); choroby te usiłowano wyjaśnić bądź ogólnem osłabieniem ustroju, bądź wpływami nerwowymi, bądź wreszcie działaniem drobnoustrojów (w łysinie plackowatej). Nie wyczerpuje to jednak wszystkich przyczyn łysienia, których dokładna znajomość może jedynie dostarczyć podstaw do skutecznego leczenia. Giovannini i kilku innych autorów zauważyło łysienie suchotników po podawaniu *thallium aceticum*, jako środka przeciwpotnego. Aby zbadać, czy środek ten istotnie może być przyczyną sztucznego wyłysienia, podjął B. szereg doświadczeń na zwierzętach. Próby, podjęte z królikami i morskiemi świnkami nie wydały pewnych wyników, podobnież z początku i myszy padały przedwcześnie, dopiero kiedy dawkę środka zmniejszono do homeopatycznej ilości (około 0·0002 *pro die*) powiodło się wywołać ostro występującą łysinę plackowatą, jak i rozlane łysienie, przyczem badanie histologiczne skóry i włosów, (podobnie jak w spostrzeżeniach na ludziach) — nie wykazywało żadnych zmian. Wobec tego, że tak małe dawki leku wywołują łysienie przy podawaniu wewnętrznem, chociaż znacznie większe, zastosowane miejscowo, nie sprowadzają łysiny, należy przypuszczać, że środek ten działa na włosy szkodliwie za pośrednictwem nerwów, za czem zresztą z góry przemawiają własności jego przeciwpotne. *Z.*

Friedberger. **O przechodzeniu substancyi, zlepiających ciałka czerwone, do moczu.** (*Berl. klin. Wochs.*, Nr. 53, 1900). Nie przytaczając szczegółów pracy F. i teoretycznych z nich wniosków, godzi się zaznaczyć, że doświadczeniami swemi udowodnił on po raz pierwszy niewątpliwie, iż substancye zlepiające (aglutyniny) przechodzą z krwi do moczu, nie zmieniając swych własności;

oczywiście działanie aglutynujące moczu jest znacznie słabsze, niż surowicy krwi. Spostrzeżenie to, odnoszące się dotąd tylko do substancyi, zlepiających ciałka krwi, może nie być pozbawione niejakiego znaczenia praktycznego. *C.*

Prof. L. Kugel (Bukareszt). **O nowem postępowaniu operacyjnem w celu usunięcia odwinięcia powieki starczego.** (*Ectropium senile*). (*Arch. Graefego* T. L.). Postępowanie Kugela czyni zadość dwom wskazaniom: usuwa zgrubienie powieki aż do prawidłowej grubości i przez wycięcie trójkąta skóry skraca wydłużoną powiekę w kierunku szpary powiekowej. Autor robi cięcie skórne tuż przy zewnętrznej krawędzi brzegu powiekowego i wzdłuż jej, odpreparowuje skórę i wycina najprzód mięsień aż do chrząstki równolegle do powierzchni, aż płytka Jägera zacznie przeświecać, tj. aż pozostanie tylko spojówka z cienką warstwą chrząstki. Po odprowadzeniu powieki wycina trójkąt ze skóry w zewnętrznej ćwiartce powieki, ściągając brzegi szwem. Na ranie, równoległej do brzegu powiekowego, szwów nie zakłada. W 8-miu dniach następuje wyleczenie. Operował tym sposobem 8 przypadków z dobrym wynikiem przy odwinięciu powieki starczem i mięsistem (*Ectropium senile* i *luxurians*). *Dr. A. Bednarski.*

Dopter. **Fagocytoza w czerwonce.** (*Annales de l'Inst. Pasteur* 1900, Nr. 12). W stolcach czerwonkowych znajdują się bardzo rozmaite składniki: przybłonki jelitowe złuszczone, ciałka czerwone, ciałka białe i najróżniejsze bakterye; między temi przeważa zwykle *bacterium coli*, znajdujące się nieraz wyłącznie i będące, jak się zdaje, przyczyną choroby. W przypadkach lżejszych spotyka się w stolcach dysenterycznych prątki okrężnicowe przeważnie we wnętrzu leukocytów: w przypadkach cięższych, w których zazwyczaj, prócz prątków okrężnicowych, pojawiają się w stolcach paciorkowce i gronkowce (zakażenie następowe), leżą te bakterye zazwyczaj swobodnie, nie pochłonięte przez leukocyty. W miarę polepszania się stanu zmniejsza się ilość prątków okrężnicowych, równocześnie zmniejsza się też i fagocytoza. Na podstawia tych wyników swych badań wnosi D., że pomiędzy rozwojem choroby a fagocytozą jelitową istnieje w czerwonce ścisły związek: przebieg jest łagodny, jeśli fagocytoza jest znaczna, niekorzystny, gdy fagocytozy brak. Wpłynąć na zwiększenie fagocytozy, a więc i na przebieg, można, zdaniem autora, zapomocą podskórnych wstrzykiwań 0·6% rozczynu Na Cl. Po każdem wstrzyknięciu pojawia się odczyn w postaci dreszczu i znacznego podniesienia się ciepłoty (aż do 39·5—40°), po 6 — 8 godz. gorączka opada i wówczas pojawia się fagocytoza jelitowa, choćby nawet przedtem wcale jej nie było. Zapomocą powtarzania tych wstrzykiwań można podtrzymać fagocytozę, a z nią i poprawić stan chorego. W każdym razie w badaniu stolców w kierunku fagocytozy zyskuje się, zdaniem autora, cenne wskazówki dla rokowania w czerwonce. *C.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Heichelheim (Giessen). **Doświadczenia kliniczne z hedonalem.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 49, 1900). Autor podawał ten środek 72 osobom, cierpiącym na bezsenność pochodzenia nerwowego (histerya, neurastenia i t. d.,) przyczem stwierdzono, że sen występował w ½ — 1 godz. po zażyciu hedonalu i trwał prawie 8—9 godzin. Dawka użyta wahała się między 0·5 — 2·00; w szczególności zaś dawano chorym silniejszym zawsze 2·00, dla słabszych wystarczało 1·00. Dla próby podano także hedonal w przypadkach bezsenności, będącej następstwem bólów,— skutku pożądanego jednak nie było. Na podstawie tych wyników twierdzi autor, że a) można podawać hedonal w wyżej oznaczonych dawkach bez obawy w przypadkach bezsenności, nie spowodowanej przez bóle; b) środek ten nie pociąga za sobą żadnego ubocznego a szkodliwego działania: wreszcie, c) ma tę zaletę przed innymi środkami nasennymi, że można dojść do względnie wysokich dawek. *Dr. H. Pisek.*

Bodenstein (Steinach). **O braku łaknienia.** (*Wiener med. Presse* Nr. 50, 1900). W przypadkach braku łaknienia (*anorexia*) z najrozmaitszych przyczyn, a szczególniej pochodzenia czynnościowego, podawał autor kołaczyki garbnikanu oreksynowego po 0,25 —0,40 kilka razy dziennie, zawsze z pomyślnym skutkiem. *H. P.*

Kreozotal stosował w praktyce prywatnej na wsi z dobrym wynikiem Meitner w Wosticach (*Med. Chirurg. Centr. Bl.* Nr. 25, 1900) w przebiegu zapalenia płuc i ostrego nieżytu oskrzeli, podnosząc, iż jedynie w dawkach niezbyt małych działanie jego jest wybitne. Podawał on kreozotal w odstępach trzygodzinnych dorosłym w dawce nie mniejszej od 10 grm. na dzień (w przypadkach wysięku lub gorączki do 15 grm.); oseskom dawki nie mniejsze, jak 1 grm.; dzieciom do 2 lat od 2 grm., starszym od 3—10 lat 3—6 grm. w 24 godzinach. Dzieciom podawał kreozotal w zawiesinie, starszym w stanie czystym, łyżeczkę. W tych dawkach kreozotal nie działał szkodliwie i dobrze był znoszony. Działanie kreozotalu jest pewne, nie należy jednak przerywać podawania bezpośrednio po wystąpieniu polepszenia stanu chorego.

Również Eberson w Tarnowie (*Wien. aertz. Centr. Ztg.* Nr. 27, 1900) bardzo wychwala działanie kreozotalu, który podawał dzieciom w 25 przypadkach zapalenia płuc (21 krupowych, 2 nieżytowe), — wszystkich, jako następstwa po grypie. Ebersohn podawał kreosotal w postaci mieszanki, składającej się z odpowiedniej dawki kreozotalu i 40 grm. zawiesiny z ol. migdałowym, z dodatkiem 25 grm. syr. ipekakuany; mieszaninę podawał co godzinę łyżeczkę, a po przełomie — co trzy godziny łyżeczkę. Stainer (Wattens) podawał kreozotal ze skutkiem w przebiegu zapalenia płuc po odrze, zapisując: *Creozotal 5·0 Spirit. Camphor. Spir. Menth. pip. aa 1·0, Syr. simpl. ad 100.0, S: po zakłóceniu co 6 godzin łyżeczkę.*

Politzer (*Croat. Aertz. Ztg.* Nr. 7, 1900) zaleca kreozotal, jako środek najdzielniejszy ze wszystkich tego rodzaju nowych leków, szczególnie w przebiegu zapalenia płuc i również, jak to sam miał sposobność w jednym przypadku spostrzegać, w krztuścu. U chłopca 5 letn., który od roku cierpiał na ksztusiec, nie dający się usunąć różnymi innemi lekami, w przeciągu kilku dni krztusiec ustąpił po podawaniu kreozotalu, zażywanego co 3 godziny po 3 kropel.

Przy podawaniu kreozotalu istnieje ta niedogodność, iż on trudno się miesza z cieczami, jak n. p. winem, koniakiem, syrupem. Tę niedogodność udało się usunąć aptekarzowi Zollnerowi w Löfflingen (*Südd. Apoth. Ztg.* Nr. 65, 1900) przez przyrządzenie zawiesiny 10%, która, należycie przyrządzona, utrzymuje się bez zmiany tygodniami, a nadto posiada smak przyjemniejszy, aniżeli dotychczasowe mieszanki: Rp. *Pulv. Gummi arab. 20.0 Sub continua agitatione affunde paulatim mixturam continuo conquasatam; Ol. amygdal. dulc. 40·0, Creosotali 20,0, Aq. dest. 15,0, Cognaci opt. 50·0, Succ. Citri 10·0 grm.* *Dr. Ig. L.*

Munter (Berlin). **O stosowaniu zabiegów wodoleczniczych w kile i rzeżączce.** (*Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 48, 1900). Po dłuższych wywodach, nie nadających się do krótkiego streszczenia, dochodzi autor do wniosku, że wodolecznictwo bez współudziału rtęci i jodu nie jest w stanie usunąć kiły; jest ono jedynie zabiegiem pomocniczym podczas całego leczenia. *Dr. H. P.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 5 grudnia z. r.

Przewodniczący kol. prof. Jordan; obecnych 29

I. Odczytano i przyjęto protokoły z posiedzeń w dniach 21 i 28 grudnia z r.

II. Przyjęto jednogłośnie na członka Towarzystwa kol. Doc. Lembergera.

III. Kol. Gliński przedstawił okaz z całym szeregiem niezwykłych zmian w obrębie przewodu pokarmowego. Okaz ten pochodzi ze zwłok 39-letniego mężczyzny, u którego przed 1½ rokiem wykonano gastro-enterostomię w zwykły sposób (po przecięciu początkowej części jelita czczego wszczepiono odcinek odprowadzający do żołądka, odcinek doprowadzający zaszyto na ślepo i utworzono boczne połączenie, entero-enteroanastomozę — między obydwoma odcinkami). Badanie pośmiertne wykazało, iż ślepo zaszyty odcinek uległ z biegiem czasu bardzo znacznemu rozszerzeniu i rozdęciu poniżej miejsca entero-entero-anastomozy, skutkiem czego powstał uchyłek, posiadający około 15 ctm długości. Uchyłek ten uległ okręceniu około własnej osi, do zmian następowych jednakowoż w ścianach jego jeszcze nie przyszło. Z drugiej strony między odcinkiem odprowadzającym od żołądka a odcinkiem doprowadzającym (dwunastnicą i początkową częścią jelita czczego), przesunęło się całe jelito cienkie w ten sposób, iż w utworzonej skutkiem tego pętli swobodnie przesuwał się dolny odcinek jelita biodrowego; pociągając za jelito biodrowe bez trudności udaje się (co prelegent demonstruje) węzeł ten rozplątać, a wtedy ułożenie jelit odpowiada całkowicie stosunkom, stale powstającym w następstwie

gastro-enterostomii. Jeśli dodamy, iż u tegoż osobnika istniał jeszcze bardzo silnie rozwinięty *recessus subcoecalis*, to widzimy, że u jednego i tego samego osobnika nagromadził się cały zapas warunków do niedrożności jelit, do której jednakże w danym przypadku nie doszło i chory zmarł z powodu rozległej gruźlicy płuc. Ciekawą dalej w danym przypadku była przyczyna wykonania gastroenterostomii: w żołądku badanie pośmiertne nie wykazywało zmian nowotworowych, ani blizn po wrzodach okrągłych, które to zmiany zwykle dają powód do zwężenia odźwiernika; natomiast górna powierzchnia okolicy odźwiernikowej była zrośnięta z dolną powierzchnią lewego płatu wątroby, odźwiernik sam nieco węższy niż prawidłowo, pierścień mięsny odźwiernika silnie rozwinięty i wysterczający do światła; skutkiem wspomnianego zrostu z wątrobą i uniesienia okolicy odźwiernikowej ku górze dwunastnica tuż na pograniczu z żołądkiem była nieco załamana. Zboczenia te (wrodzona wąskość odźwiernika, wysterczający do światła silnie rozwinięty pierścień mięsny, wreszcie w następstwie zrostu z wątrobą załamanie do pewnego stopnia dwunastnicy) razem wzięte, o ile wnosić można z obrazu anatomicznego, dawać musiały objawy zwężenia odźwiernika i dały powód do wykonania gastroenterostomii. Błona śluzowa żołądka okazywała cechy nieżytu przewlekłego. Co się tyczy przełyku, to i ten okazywał znaczne zmiany, górna ((szyjna) jego część posiada szerokość i wejrzenie prawidłowe, natomiast ku dołowi przełyk ten znacznie się rozszerza, dosięgając w najszerszem miejscu przeszło 11 ctm. obwodu następnie zaś w odległości kilku ctm powyżej wpustu znowu się zwęża, tak że sam wpust posiada już wymiary prawidłowe. Na całej tej przestrzeni (z wyjątkiem części szyjnej) błona śluzowa nie okazuje wejrzenia prawidłowego, jest pokryta licznemi dość gęsto obok siebie usadowionemi płaskiemi szarawo-białemi wyniosłościami — obraz odpowiadający makroskopowo całkowicie obrazowi *leucoplakiae* w obrębie tych zmian ściany przełyku są znacznie zgrubiałe. Zdaniem prelegenta zmiany te w przełyku powstały niezależnie od zmian w dalszych częściach przewodu pokarmowego, lecz przeciwnie w następstwie nieżytu chronicznego przełyku, spostrzeganego zwykle u pijaków. Podobny zupełnie przypadek przed kilku laty objaśniał Leichtenstern długo (całymi latami) trwającym skurczem przełyku na tle nerwowem; w danym jednakowoż razie ani przebieg kliniczny w ostatnich tygodniach życia, ani też obraz anatomiczny za tego rodzaju tłómaczeniem nie przemawia. Wyniku badania drobnowidowego przełyku na razie prelegent nie podaje, gdyż takowe ze względu na świeżość przypadku jeszcze nie mogło być dokonane. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zabierają głos: kol. Doc. Rutkowski tłómaczy przyczynę rozdęcia ślepo zaszytego odcinka doprowadzającego tem, że wskutek skręcenia około osi odcinka odprowadzającego, wywołanego wśliźnięciem się przez pętle, utworzone przez połączenie obu odcinków jelit cienkich — treść żołądkowa nie krążyła przez sztucznie wytworzony otwór, ale przez odźwiernik i dwunastnicę, powodując w ślepo zasłonionym odcinku zaleganie treści i następowe rozszerzenie. Obraz kliniczny w przypadku tym zna, gdyż on go operował i to z powodu objawów zwężenia odźwiernika, wykazanego badaniem czynności mechanicznej i chemicznej żołądka, a stwierdzonego wśród operacyi. Odźwiernik w części przejściowej w dwunastnicę był załamany kątowato wskutek zrostów z wątrobą.

Kol. Doc. Kryński podnosi, że celem unikania tworzenia się podobnych, jak w opisanym przypadku uchyłków, lepiej jest wczepiać koniec odcinka doprowadzającego wprost w odcinek odprowadzający.

Kol. prof. Trzebicky nie zgadza się z tłomaczeniem kol. Rutkowskiego co do powstania onego uchyłku i sądzi, że najpewniejszym jest pierwotny sposób Wölflera z modyfikacyą, polegającą na skośnem wszyciu pętli jelitowej.

Kol. prof. Ciechanowski zaznacza, że za wpływem stosunków znalezionych w odźwierniku (wązkość, silny pierścień mięśniowy, zrost z wątrobą i ztąd pewnego stopnia zagięcie dwunastnicy) na czynność żołądka, przemawia także przerost warstwy mięśniowej jego ściany. W każdym razie, jak podał kol. Gliński, zmiany te nie wystarczają do tego, aby wytłómaczyć całkowicie zmiany w przełyku. Co do rozszerzenia ślepo zaszytego końca pętli doprowadzającej, zgadza się z kol. Rutkowskim.

IV. Kol. Doc. Baurowicz 1) okazał watonośniki Krausego. Preleg. przedstawia w porządku historycznym obok pierwotnego pędzla Türcka dziś jeszcze używanego, szereg modeli watonośników, jak zwykły zgłębnik, na który nawija się watę, dalej przyrządy, które mają na celu chwytać watę. Opierając się na wypróbowaniu osobistym tych przyrządów, omawia krytycznie watonośniki Heryngа, Steinera, Jurasza, Szymanowskiego, B. Fränkla i E. Meyera, i zaleca watonośnik Krausego, który mu z okazyi dyskusyi na ten sam temat w sekcyi laryngologicznej tegorocznego Zjazgu lekarzy i przyrodników polskich, został zalecony przez kol. Sokołowskiego z Warszawy. Przyrząd ten w odpowiedniej krzywiźnie znajduje zastósowanie jako watonośnik do krtani względnie do gardła i jamy nosowo-gardłowej, różniąc się zamknięciem od oryginalnego przyrządu Krausego. 2) O wartości lysolu do odkażania i zapobiegania pokrywaniu się parą wodną zwierciadełek krtaniowych i noso-gardłowych.

Używając zwierciadełek do badania krtani, musimy obok jego odkażenia zapobiedz przyćmieniu się zwierciadła parą, czemu zapobiega się w ten sposób, iż zwierciadło po osuszeniu ogrzewa się, a po skontrolowaniu jego ciepłoty przez dotknięcie do grzbietu ręki, wprowadza się je do ust badanego. Choćby więc odkażenie zwierciadła odbyło się nie jak zazwyczaj przez pozostawienie go w $5^0/_0$ karbolu, ale nawet i wygotowanie w $2^0/_0$ rozczynie sody, co ostatnie prelegent bardzo zaleca, przecież postępowanie dalsze obniża wartość poprzedniego odkażenia, zostawiając i ze względów estetycznych wiele do życzenia. Sposób Kirsteina pociągnięcia zwierciadła delikatną warstwą mydła szarego, zapobiega wprawdzie osiadaniu pary, ale jest w zastósowaniu bardzo niepraktycznym. Za postęp uważać należy postępowanie Vochera, który zwierciadło dokładnie oczyszczone, odtłuszcza w rozczynie $1^0/_0$ sody, a następnie wrzuca do roztworu $1^0/_{00}$ sinku rtęci, mogąc z niego zwierciadło mokre, pokryte cieniutką jednostajną warstwą płynu wprowadzać odrazu do ust badanego. Sposób ten znalazł w prelegencie gorącego zwolennika i był przez niego używany od chwili podania go przez Vochera, to znaczy od r. 1897 wyłącznie.

Dopiero w roku bieżącym Rupprecht wpadł na pomysł użycia lysolu, który mając własności mydła, równocześnie zmydliwszy tłuszcz na zwierciadle, pokrywa je jednostajną warstwą, odpada więc poprzednie odtłuszczenie zwierciadła w rozczynie sody. Nie przeceniając wartości $^1/_2{}^0/_0$ lysolu jako środka odkażającego, sposób ten po poprzednim dokładnem oczyszczeniu zwierciadeł i ich wygotowaniu, zaleca prelegent bardzo i sam go obecnie wyłącznie stosuje.

V. Kol. Lewkowicz wygłosił odczyt: O etyologii czerwonki (przeznaczony do druku).

W dyskusyi zabierają głos: kol. Gertler uważa enterokoka za paciorkowca w pewnym okresie rozwoju.

Kol. prof. Bujwid zaznacza, że sprawy przemian paciorkowca podniesionej przez kol. Gertlera, nie można jeszcze uważać za skończoną. Roztrzygającym momentem będzie tu Serodyagnoza. Co się tyczy badań kol. Lewkowicza, to są one bardzo ważne, gdyż rzucają wiele światła na nieznaną sprawę etyologii czerwonki.

Kol. prof. Ciechanowski podnosi również ważność badań kol. Lewkowicza, a głównie ten moment, że udało mu się wynaleźć sposób oddzielenia paciorkowca, co wytycza drogę dalszym badaniom. Następnie podnosi w formie zapytania następujące punkta: 1) Czy było wykluczonem w doświadczeniach zranienie jelita? 2) Czy badał histologicznie florę bakteryologiczną w ścianach jelit? 3) Czy badane przypadki należały napewno do epidemicznych? i 4) Jak pojmuje stosunek paciorkowców w *enteritis* a czerwonce *streptococcica* Eschericha.

Po odpowiedzi kol. prelegenta na poszczególne punkta podniesione w dyskusyi, zakończono obrady.

Dr. Stanisław Droba, sekretarz.

VII. **XIII międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu.**

(2—9 sierpnia, 1900 r.).

Sekcya chorób skórnych i wenerycznych.

Zestawił *Dr. Fr. Krzyształowicz.*

(Ciąg dalszy).

Rozprawy o guziczkach gruźliczych (les tuberculides Francuzów).

Boeck (Chrystyania). Istotą tych zmian na skórze jest symetryczność drobnych guziczków, pojawiających się u osobników

gruźliczych i dających wyraźny odczyn po wstrzyknięciu tuberkuliny. Hallopeau przypuszcza, że powstają one pod wpływem działania toksyn (toxi-tuberculides), w przeciwieństwie do zmian gruźliczych skóry, w których znaleziono prątki Kocha (bacillo-tuberculides). Teorya ta zdaje się być bardzo możliwą, szczególnie, gdy porównamy symetryczne powstawanie rumieni, powstających po wstrzykiwaniu tuberkuliny; w tych przypadkach bowiem przypuszczać trzeba działanie toksyn na ośrodki naczyniowe. Chociaż więc mają one pewne cechy swoiste, nie można jednak znaleźć ścisłej granicy między niemi, a innymi objawami gruźlicy skóry; dlatego wszystkie zmiany gruźlicze rozdziela B. na powierzchowne *(lichen scrophulosorum, tuberculide papulo-squameuse, t. perifolliculaire pustuleuse)* i głębokie *(lupus erythem., tub. papulo-necrotique, tub. nodulaire)*.

Colcott Fox (Londyn) mówi o liszaju zołzowym *(lichen scrophulosorum)* i o rumieniu stwardn. *(erythema indurat.)*, twierdząc, że ich częsty związek z innemi zmianami gruźliczemi, budowa histologiczna (jak guzków gruźliczych), niejednokrotne znalezienie prątków i dodatni wynik przeszczepiania, — przekonuje go, że te cierpienia są rzeczywiście przyrody gruźliczej.

Roberto Campana (Rzym) mieni mianem „tuberculides“ wszystkie zmiany w skórze, wywołane sprawą gruźliczą, niemożliwem bowiem jest klinicznie odróżnić zmian, wywołanych samymi prątkami, od zmian, powstałych skutkiem działania toksyn gruźliczych. Sądzi zarazem, że ogólne „zatrucie“ jadem gruźliczym jest przyczyną tych zmian, a postać ich zależną jest od stanu samej skóry.

Riehl (Lipsk) odrzuca zupełnie powyższą nazwę (tuberculides). Liszaj zołzowy nie jest, wedle niego, wcale swoistym dla gruźlicy; podobne zmiany około torebek włosowych istnieją i w kile, a budowa histologiczna nie dowodzi również jakiegoś tła swoistego. Nikt również nie dowiódł, jakoby liszaj rumieniowy *(lupus erythemat.)* był następstwem gruźlicy, bo nie zbyt często znajdowano go u gruźliczych.

Darier (Paryż) rozdziela wszystkie objawy gruźlicy skórnej na dwie gromady: do jednej należą postacie, w których pod drobnowidem znajdujemy cechującą tkankę gruźliczą z ugrupowaniem się jej w guziczek lub około torebki włosowej *(lichen scrophul., acnitis, lupus nodularis dissem.)*, drugą stanowi liszaj rumieniowy *(lup. erythem.)* i jego odmiany, w których pod drobnowidem widzimy naciek wokoło naczyń, ich rozszerzenie lub zwężenie, a czasem i ogniska zgorzelinowe. Klinicznie stwierdzić można w obu tych gromadach związek z gruźlicą, drobnowidowo, że nie zawierają prątków gruźliczych. Dane więc kliniczne i anatomiczne, oraz badania bakteryologiczne (ujemny wynik przeszczepiań) nie dają nam podstaw do wypowiedzenia stanowczego zdania. Możliwe więc są różne przypuszczenia: 1) Zmiany te wywoływać mogą jakieś drobnoustroje, które potrzebują do swego rozwoju ustroju gruźliczego. 2) Objawy te powstawać mogą pod wpływem toksyn gruźliczych. Obie te teorye jednak nie tłómaczą nam znalezienia w pewnych, choć rzadkich przypadkach prątków gruźl. i dodatniego wyniku przeszczepiań. Dlatego D. przyjmuje trzecią teoryę powstawania tych zmian. 3) Zmiany gruźlicze skóry, nazywane przez Francuzów „les tuberculides“, powstają skutkiem zaczopowania naczyń przez prątki gruźlicze, wycieńczone i mało żywotne, co tłómaczy szczegóły, znajdowane w tych sprawach chorobowych, a można je porównać ze zmianami gruźliczemi gruczołów chłonnych lub kości.

Dyskusya:

Andry (Tuluza) oddziela zmiany gruźlicze skóry od wysypek, pojawiających się u osobników gruźliczych, niepolegających jednak na zakażeniu gruźliczem — i tym ostatnim daje miano „les tuberculides“.

Neisser (Wrocław) odrzuca powyższą nazwę, przyjętą przez szkołę francuzką, bo wszystkie te zmiany polegają na zakażeniu skóry gruźlicą, bez żadnych zastrzeżeń.

Petrini-Galatz (Bukareszt) sądzi, że do wystąpienia takich zmian wystarczają pewne własności, odziedziczone po rodzicach gruźliczych.

Leredde (Paryż) przemawia za teoryą Dariera, szczególnie ze względu na to, że znajdowane w tych zmianach twory olbrzymie przemawiają stanowczo, wedle niego, za działaniem samych prątków gruźliczych.

Barthélemy (Paryż) uznaje tylko jeden typ zmian, powstałych na skórze na tle gruźliczem i te mogą nosić nazwę „les tuberculides“, inne oddzielić należy zupełnie, jako wywołane innemi zakażeniami ustroju gruźliczego, który znajduje się w stanie mniejszej odporności.

Jadassohn (Berno Szwajc.) przemawia także tylko za jedną gromadą zmian gruźliczych na skórze, które pojawiają się pod różnemi postaciami. Niektóre powstawać mogą drogą zatorów; liszaj zołzowy jednak jest wedle niego pochodzenia zołzowego.

Rona (Budapeszt) utrzymuje nazwę „tuberculide“ dla pewnej postaci liszaja zołzowego o guzkach drobnych, mało widocznych, w gromadki ułożonych.

Hallopeau (Paryż) odróżnia dwa typy zmian gruźliczych, „les tuberculides“ i „les toxi-tuberculides“. Te ostatnie mają pewne stałe cechy: ustępują łatwo, nie zawierają prątków i dają przy przeszczepianiu wynik ujemny. Znalezienie prątków tłómaczy tą okolicznością, że te postacie zjawiają się zazwyczaj u osobników, okazujących jakieś ognisko gruźlicze czynne: prątki więc, dostając się do krwi, mogą przypadkowo dostać się i w skorę. (C. d. n.)

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie Towarzystwa samopomocy lekarzy.

Statuta zawiązać się mającego Towarzystwa samopomocy, wraz z odezwą i zaproszeniem na pierwsze Walne Zgromadzenie, zostały już rozesłane wszystkim lekarzom w kraju i zgłoszenia na członków wpływają nader licznie, zwłaszcza z prowincyi. Walne Zgromadzenie odbędzie się dnia 3 lutego lutego b. r. o godzinie 5 wieczór w sali Kopernika (*Collegium novum*) z następującym porządkiem dziennym: 1) Sprawozdanie Komisyi organizacyjnej. 2) Wybory. 3) Uchwalenie wpisowego i wkładki na rok 1901. 4) Wnioski.

Komisya organizacyjna uprasza najuprzejmiej tych PP. Kolegów, którzy dotychczas się nie zgłosili, aby raczyli nadesłać zgłoszenia swe koniecznie przed dniem 3-cim lutego, jeżeli chcą brać czynny udział w Walnem Zgromadzeniu, zwracając ich uwagę, że tylko zgłoszonym poprzednio przyszłym członkom Towarzystwa przysługuje przemawiania, stawiania wniosków i głosowania na tem zgromadzeniu.

Kraków, w styczniu 1901. *Komisya organizacyjna.*

O wykazach szczepienia ospy

podał

Dr. Zasacki.

> Ludzkość dąży do tego, aby za pomocą *minimum* wysiłków osięgnąć *maximum* wyników pracy. Dążność ta stworzyła postęp i cywilizacyę.
> *Henryk George.*

Podział pracy przy szczepieniu, a mianowicie przy sporządzaniu wykazów I i II w dotychczasowej ich formie (Rozp. Nam. z 12 kwietnia 1890, l. 18,936), jest zbyt nierówno rozłożony i bez istotnej potrzeby obciążający nadmiernie jedną tylko stronę, t. j. szczepiących lekarzy, a to tem bardziej, że za sporządzanie tych wykazów, obejmujących po kilka tysięcy imion i nazwisk, lekarze nie pobierają żadnego wynagrodzenia. To bowiem, co urzęda parafialne, względnie prowadzące metryki i izraelickie zarządy szkół w całym topograficznym okręgu napiszą zbiorowemi niejako siłami, to lekarz szczepiący ma w wykazie I i II powtórnie przepisać. Uniknąć możnaby tego, zmieniwszy dotychczasową formę wykazów I i II, odpowiednio do podanych w odnośniku wzorów *A B* i *C* (patrz na stronie następnej) formatu dotychczasowych wykazów I i II t. j. 40×25 ctm.

We wzorach tych rubryki od 2 do 6 obejmują to, co zawsze dotychczas wypełniały urzęda parafialne, względnie prowadzące metryki, lub zarządy szkół w swoich wykazach: rubryki zaś 8 do 10 obejmują to, co dotychczas stanowiło treść wykazu względnie II. Rubryka 7 pozostaje jak w dotychczasowych wykazach parafialnych dla lekarza do notowania wyniku szczepienia tymczasowo (ołówkiem), co każdy lekarz wykonuje na swój osobisty sposób.

Według podanych wzorów lekarz delegowany wpisywać będzie w rubryce 1 liczbę porządkową (niezależnie od liczby porządkowej wykazów parafialnych, jak we wzorze *A.)*; a w rubryce 8 i 9 wynik szczepienia wprost na drukach, wypełnionych już poprzednio (w rubrykach 2 do 6) przez urzęda parafialne (względnie prowadzące metryki izraelickie, lub zarządu szkół), przezco lekarz oszczędzi sobie uciążliwej a bezmyślnej pracy przepisywania w dotychczasowym wykazie I i II prawie całych wykazów parafialnych, metry-

Wzór A.

Wypełnia urząd parafialny prowadzący metryki (Zwierzchność gminna) | Powiat
| Gmina

Wypełnia lekarz |

Nr. I. a) Wykaz szczepienia ospy

w okręgu w r. 19

Wypełnia urząd paraf. prowadzący metryki (Zwierzchność gminna). | Wypis z ksiąg metrykalnych dzieci żyjących, urodzonych od 1 kwietnia 19 r. do 31 marca 19 r.
W tym czasie zmarło dzieci

Wypełnia lekarz | Wypełnia urząd parafialny, prowadzący metryki (Zwierzchność gminna) | Wypełnia lekarz

1.	2	3.	4.	5.	6	7.	8		9.	10
L. p.	L. p.	Data urodz. dziecka	Nr. domu	Imię i nazwisko dziecka	Imię ojca i matki	Tymczasowa notatka lekarza	Zaszczepiono ze skutkiem: po myślnym	nie pomyślnym	Nie rewidowano	Uwaga
					np.:					
1	1	$^{6}/_{6}$ 1899	219	Antoni D. . .	Ludwik Róża		1	–	–	
—	2	$^{26}/_{7}$	41	Piotr F. . .	Michał Barbara	chory	—	—	—	
2	3	$^{30}/_{8}$	56	Tomasz G. . .	Antoni Zofia	przesiedlił się do Korsowa	—	1	—	
—	4	$^{15}/_{9}$	82	Michał H. . .	Łukasz Marja		—	—	-	
3	5	$^{4}/_{11}$	76	Stefania J. . .	Jan Katarzyna		—	—	1	
—	6	$^{8}/_{?}$	28	Marja K . .	Stefan Joanna	umarł $^{10}/_{5}$	–	—	—	
—	7	$^{12}/_{3}$ 1900	14	Józef L.	Roman Seweryna		—	—	—	nie stawił się bez przyczyny
3				Razem			1	1	1	

Wzór B.

Wypełnia zarząd szkoły (Zwierzchność gminna) | Powiat
| Szkoła w

Wypełnia lekarz |

Nr. I b) Wykaz szczepienia ospy u dzieci szkolnych

w okręgu w r 19

Wypełnia zarząd szkoły (Zwierzchność gminna) | Wykaz dzieci uczęszczających do szkoły w a nie mających znaku szczepionej ospy.

Wypełnia lekarz | Wypełnia zarząd szkoły (Zwierzchność gminna) | Wypełnia lekarz

1.	2.	3.	4	5.	6.	7.	8.		9.	10.
L. p.	L. p.	Data urodzenia dziecka	Nr. domu	Imię i nazwisko dziecka	Imię ojca i matki	Tymczasowa notatka lekarza	Zaszczepiono ze skutkiem: pomyślnym	niepomyślnym	Nie rewidowano	Uwaga

Wzór C.

Wypełnia urząd parafialny, prowadzący metryki (Zwierzchność gminna) | Powiat
| Gmina

Wypełnia lekarz |

Nr. II. Wykaz rewakcynacyi

w okręgu w r. 19

Wypełnia urząd paraf., prowadzący metryki (Zwierzchność gminna) | Wypis z ksiąg metrykalnych 10-letnich żyjących dzieci t. j. urodzonych od początku do końca roku 19 (Ilość zmarłych w tym czasie nie podaje się)

Wypełnia lekarz | Wypełnia urząd parafialny, prowadzący metryki (Zwierzchność gminna) | Wypełnia lekarz

1.	2.	3	4	5.	6	7.	8		9.	10.
L. p	L. p.	Data urodzenia dziecka	Nr. domu	Imię i nazwisko 10-letniego dziecka	Imię ojca i matki	Tymczasowa notatka lekarza	Zaszczepiono ze skutkiem: pomyślnym	niepomyślnym	Nie rewidowano	Uwaga

UWAGA. Nagłówki we wzorze A i C, wypełniane przez urzędy parafialne, także w języku ruskim.

kalnych i szkolnych, oraz obliczania wieku szczepionych i rewakcynowanych dzieci.

Ażeby jednak uniknąć przekreślań i poprawek, które przy szczepieniu zdarzać się muszą, gdy np. inna osoba o podobnem nazwisku w miejsce właściwej, wywołanej do szczepienia, się stawi, — wskazanem jest, aby zwierzchności gminne obowiązane były przepisać na takich samych drukach wykazy parafialne, metrykalne i szkolne, dostarczone im na kilka dni przed szczepieniem przez lekarza delegowanego. W takim razie na tych odpisach lekarz delegowany notować będzie wynik szczepienia w rubryce 7 tymczasowo ołówkiem; na wykazach zaś z urzędów parafialnych, metrykalnych i szkolnych przepisywać ten wynik niejako na czysto, notując w rubrykach 8 do 10, a z pominięciem rubryki 7.

Korzyść z proponowanego systemu, t. j. zmienionych wykazów I i II, jest widoczna:

a) Unika się podwójnej pracy: dotychczas bowiem raz pisały urzęda parafialne, metrykalne i zarządy szkół, a to samo po raz drugi przepisywał lekarz delegowany.

b) Praca zostaje sprawiedliwiej rozłożoną: to, co dotychczas sam lekarz delegowany przepisywał to pisać będą częściowo urzęda parafialne, metrykalne i zarządy szkół, t. j. nazwiska, wiek, l. domu i t. d., częściowo lekarz delegowany, t. j. wynik szczepienia, a w części (odpisy) zwierzchność Gminna.

c) Odpadnie uciążliwa praca pisania wykazu I i II, gdyż lekarz wpisze to tylko, co go właściwie obchodzi, t. j. wynik szczepienia.

d) Obliczanie ilości lat i miesięcy szczepionych, względnie rewakcynowanych, odpadnie i ze względu na możliwe pomyłki przy obliczaniu, wiek będzie prawdziwie podany.

e) Takie druki, wypełnione przez urzęda parafialne, będą mieć wartość więcej urzędowego dokumentu, a wykazy takie c. k. lekarz powiatowy łatwiej i szybciej będzie mógł sprawdzić, niż przy dotychczasowym systemie. Wykazy takie nietylko zatem nic nie stracą na wiarogodności i dokładności, lecz przeciwnie, zyskają. Nadto c. k. Namiestnictwo w danym razie może mieć dokładniejszą ewidencyę i kontrolę.

Nadto zauważyć należy, że dotychczasowy system prowadzenia wykazów mijał się właściwie z celem. Przepisanych kilku tysięcy nazwisk, prócz piszącego, nikt absolutnie nie czytał. C. k. lekarz powiatowy obowiązany był sprawdzić tylko „czy liczba szczepionych, rewidowanych i t. d., podana w rachunku, zgadza się z liczbą wymienioną w wykazach“ (Rozp. Nam z 12 kwietnia 1890, l. 18936, punkt 32) i sprawdzał to bez czytania tych wszystkich nazwisk, gdyż czytanie takie byłoby rzeczą zbyteczną.

W niektórych powiatach zaprowadzono, że dzieci do rewakcynacyi są wpisywane w wykazach parafialnych, a dzieci szkolne — w wykazach szkolnych na odmiennym (kolorowym) papierze, niż dzieci 1-roczne, które wpisuje się na papierze zwykłym. Możnaby to i tutaj z korzyścią zastosować przy wzorze *B.* i wzorze *C.* przez co ułatwiony byłby przegląd.

Dzieci rzekomo 10-letnie są przez urzęda parafialne rozmaicie do rewakcynacyi wykazywane w rozmaitych powiatach; i tak n. p. w r. 1900 w niektórych powiatach rewakcynowano dzieci urodzone w ciągu całego roku 1890; w innych — urodzone w ciągu całego roku 1889; w innych wreszcie urodzone od 1 kwietnia 1889 do 31 marca 1890 r., a nawet, — jak mi mówiono, w jednym z powiatów w tej samej gminie urzędy parafialne różnych wyznań różnie wykazywały dzieci do rewakcynacyi, gmina ta bowiem była na małą skalę rodzajem wieży Babel.

Tak w celu zaprowadzenia ładu i ujednostajnienia systemu, który nie ma powodu być rozmaitym, — aby w końcu uniknąć pomyłek, które zwłaszcza przy zmianie c. k. lekarzy powiatowych lub duszpasterzy z roku na rok przez urzędy parafialne, i prowadzące metryki izraelickie, mogą być popełniane, wskazanem jest ustawowe uregulowanie rewakcynacyi. Rok 1901 np. powinien być oznaczony, jako przejściowy; w roku tym powinny być wyrównane te stosunki tam, gdzie nie są jeszcze uporządkowane. Od następnego zaś roku, poczynając np. od 1902 urzędy parafialne powinny wykazywać do rewakcynacyi dzieci urodzone w ciągu całego roku o 10 lat wcześniejszego od daty tego roku, w którym się rewakcynuje, a więc np. w 1902 r. rewakcynować się będzie dzieci urodzone w r. 1892 itd.

Rewakcynacyom z resztą dzieci, urodzonych od 1 kwietnia do 31 marca itp. zawiłym kombinacyom, zapobiegnie po części nagłówek wzoru *C.* — : „wypis..... urodzonych *od początku do końca* 19... r.“

Streszczając to wszystko uważam za wskazane:

1) aby wykazy parafialne były odtąd pisane przez urzędy parafialne, względnie prowadzące metryki i zarządy szkół, na drukach, sporządzonych podług podanych wzorów *A. B.* i *C.*, formatu dotychczasowych wykazów, t. j. 40×25 ctm;

2) aby wykazy te parafialne metrykalne i szkolne według podanych wzorów sporządzone, mogli lekarze delegowani po odpowiedniem wypełnieniu, nie przepisując, przedkładać w miejsce dotychczasowych wykazów I i II;

3) aby zwierzchność gminna obowiązaną była na takich samych drukach sporządzać odpisy według wykazów parafialnych, metrykalnych i szkolnych, które to wykazy lekarz delegowany na kilka dni przed szczepieniem zwierzchności gminnej przyszle;

4) aby po jednym roku przejściowym rewakcynacya została ujednostajniona w ten sposób, aby odbywała się zawsze u dzieci urodzonych w ciągu całego roku (od 1 stycznia do 31 grudnia) o 10 lat wcześniejszego od daty roku tego, w którym się rewakcynuje, a więc np. w r. 1902, aby rewakcynowano urodzonych w r. 1892 i t. d.

Naturalnie, jeżeli do podanych wniosków przychylą się te władze, od których to zależy, — w takim razie okólnik namiestnictwa z dn. 12 kwietnia l. 18936, w punkcie 9, w którym jest mowa, aby „urzędy parafialne wykazywały dzieci, mające się szczepić bez względu na to, czy umarły czy żyją“ odnośnie do wzoru *A* zmienić należy; resztę podanych wniosków dotychczasowe ustawy uzupełnić, oraz zmienić formularze Nr. I i II, stosownie do podanych wzorów *A B* i *C*. Zmiany takie, prócz oszczędności na papierze i formalistyce, przyniosą ulgę setkom lekarzy w ich syzyfowej pracy.

IX. Wiadomości bieżące.

† Dr. Klemens Koehler.

Dnia 12 bm. zakończył życie w Poznaniu Dr. Klemens Koehler, radca zdrowia, lekarz znakomity, mąż zasłużony w społeczeństwie wielkopolskiem. Urodził się w Bydgoszczy r. 1840, nauki gimnazyalne odbył w Poznaniu i Ostrowie; medycynę studyował w Wrocławiu, Gryfii i Berlinie i tu w r. 1869 otrzymał dyplom doktorski. Część życia spędził w Kościanie, a następnie w Poznaniu, gdzie brał udział niemal we wszystkich polskich stowarzyszeniach naukowych i mających na celu oświatę. Ogłosił 10 cennych rozpraw w czasopismach polskich. Cześć pamięci zasłużonego.

Kraków, 17 stycznia 1901.

* W ostatniej chwili dowiadujemy się o śmierci dra Władysława Tyrchowskiego, wieloletniego prof. Uniw. warszawskiego, jednego z najzasłużeńszych ginekologów polskich. Zmarł w Warszawie, licząc lat 82.

* Pierwszy tegoroczny Zeszyt »Nowin Lekarskich«, przeobrażonych na organ przeważnie sprawozdawczy, wyszedł pod kierunkiem dotychczasowego redaktora Dr. H. Święcickiego. Karta tytułowa poucza nas, że w redakcyi tego miesięcznika weźmie współudział 77 lekarzy, ludzi w nauce znanych, w pracy pewnych. Ta poważna liczba niezbicie świadczy, że w swym zreformowanym programie „Nowiny Lekarskie“ dotknęły istoty jednej z wielkich potrzeb umysłowego życia lekarzy polskich, że powstał typ czasopisma, którego potrzebę głęboko odczuwano.

Tajemnicą powodzenia każdego przedsięwzięcia jest dar stania się potrzebnym. Światowe piśmiennictwo lekarskie przybrało rozmiary olbrzymie: któż jest dziś w stanie posiadać wszystkie, bodaj tylko pierwszorzędne wydawnictwa? a jeśliby je posiadał, to gdzież jest czas na ich przeczytanie? temu stanowi rzeczy zaradzić mogą tylko streszczenia. Czego nie mogą wykonać tygodniki, co nie jest zadaniem archiwów, to uzupełnić może organ, poświęcony, jeśli nie wyłącznie, to przeważnie sprawozdaniom z piśmiennictwa bieżącego. »Nowiny Lekarskie« w Nrze 1-szym podały: 105 wyciągów (str. 10—59), sprawozdania z ruchu w Towarzystwach lekarskich, oraz z bieżących czasopism lekarskich; znajdujemy tu jeszcze: oceny, korespondencye (3), notatkę o nowszych przyrządach, zapiski lecznicze i pomniejsze wiadomości bieżące. Obfitości treści odpowiada gruntowne jej opracowanie. W przeobrażeniu programu „Nowin Lekarskich“ dopatrujemy pierwszego kroku na drodze organizacyi polskiej prasy lekarskiej; mamy wszelką pewność, że wkrótce podamy w tym zakresie drugą niemniej pomyślną wiadomość.

Do czego nie doprowadziły narady w zjazdowej Sekcyi prasowej, to wcieli w życie prawidłowy rozwój umysłowych potrzeb stanu lekarskiego.

* Na wczorajszem administracyjnem posiedzeniu Towarz. lekar. krakow. funkcyonaryusze Towarzystwa zdali sprawę z całorocznej swej działalności.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniwers. Jagiell. otrzymał Józef Władysław Owsiński.

* Sekcya Dentystyczna IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podjęła myśl wydania polskiego podręcznika dentystyki zbiorowemi siłami. W tym celu zawiązał się Komitet redakcyjny, w skład którego wchodzą: Doc Dr. W. Łepkowski jako przewodniczący, Dr. Gońka, Dr. Leszczyński i Dr. Dzierżawski — jako wydawca. Na posiedzeniach odbytych w dn. 1—3 listopada z. r. w Warszawie Komitet ten wypracował program podręcznika. Termin dostarczenia rękopisów przez współredaktorów podręcznika został oznaczony na dzień 1-go października 1902 r., a całe dzieło ma być wydrukowane w pierwszej połowie 1903 r.

Opracowanie pojedyńczych działów przyrzekli następujący autorowie: Dr. Ad. Bochenek, Doc. Dr Maziarski, prof. Dr. Kostanecki, Dr. L. Leszczyński, Dr. B. Dzierżawski, prof. Dr. Rydygier, Dr. Bohosiewicz, Dr. Gońka, Doc. Łepkowski, Dr. Kozerski, Dr. Unsin, prof. Wachholz, dentysta Idzikowski, Dr. Zbořil, dentysta Zieliński.

* W Zakopanem zawiązał się Komitet w celu wystawienia trwałego pomnika śp. prof. Tytusowi Chałubińskiemu, twórcy tego tyle przez niego umiłowanego uzdrowiska. Komitet poczynił starania u władz trzech zaborów, w celu uzyskania przyzwolenia na zbieranie składek. Listy należy adresować do p. K. Filipowicza, sekretarza Komitetu wykonawczego w Zakopanem; przesyłki pieniężne odbiera p. T. Piątkiewicz, skarbnik Komitetu w Zakopanem.

* Towarz. lekarskie warszawskie odbyło wybory na rok 1901. Na prezesa wybrano Dr. Stan. Markiewicza, na wiceprezesa Dr. H. Nussbauma, na sekretarza Igo Dr. Lud. Dydyńskiego, na IIgo sekretarza Dr. Stan. Kopczyńskiego.

* Według urzędowej statystyki w państwie rakuskiem, przebywa 10.576 lekarzy; z tych przypada na Galicyę 1313, na Bukowinę 134.

* Fizyk m. Pesztu wystąpił z żądaniem obowiązkowego odkażania mieszkań, w których miał miejsce zgon z gruźlicy. Komisya sanitarna ten wniosek poparła, jako bardzo potrzebny i ważny dla zdrowotności stolicy Węgier.

* W związku ze Zjazdem Towarzystwa otyatrycznego we Wrocławiu dn. 24 i 25 maja r. b., ma być urządzona Wystawa środków naukowych, należących do dziedziny otologii i rynologii.

Mianowania i odznaczenia Doc. Robinson mian. został prof. anatomii w Kings College. Dr. Verworn mian. prof. fizyologii w Getyndze. Doc. Kirchhoff mian. prof. nadzw. psychiatryi w Kilonii. Dr. Mya mian. profes zwycz. pedyatryi we Florencyi. Dr. Jentzer mian. prof. ginekologii w Genewie. Dr. Gemmel mian. prof. kliniki lekar. w Glasgowie. W Palermo mianowani zostali prof. zwyczajnymi: Manfredi i Montalti. Docenci: Voit i May mianowani zostali prof. nadzwycz. w Monachium.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Kazimierz Kraków, lat 34, w Warszawie. Prof. farmakologii. Dr. Tobold, zmarł w Pensylwanii. Dr. Alfons Dubreuil, prof chirurgii, zmarł w Montpellier.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 1: Dr. Pawińskiego J.: Zaburzenia inerwacyjne i cyrkulacyjne w chorobach zakaźnych. Waltena J.: Kilka uwag o resekcyi żołądka sposobem Kochera, na podstawie 2-ch przypadków operowanych. Zaborowskiego S.: Zgorzel tkanek macicy w połogu. — Nr. 2: Skłodowskiego J.: Przypadek porażenia Brown-Sequarda. Dr. Pawińskiego J.: Zaburzenia inerwacyjne i cyrkulacyjne w chorobach zakaźnych (c. d.). Wattena J.: Kilka uwag o resekcyi żołądka sposobem Kochera, na podstawie 2 ch przypadków operowanych (dok.). Zaborowskiego S.: Zgorzel tkanek macicy w połogu (dok.). W *Nowinach Lekarskich* Nr. 1: Dr. Noiszewskiego K.: Przyczynek do nauki o odczuwaniu barw. Dr. Hermana: Kilka słów w sprawie aseptyki cewnikowania. Dr. Zanietowskiego: O faradyzacyi i ulepszonych przyrządach indukcyjnych. W *Przeglądzie Dentystycznym* Nr. 12: Goldberga L.: Przyczynek do zachowawczego leczenia miazgi zębowej za pomocą czterotlenku osmu. Ossowskiego A.: Przypadek złośliwy posocznicy, pochodzącej z zepsutego zęba. W *Postępie Okulistycznym* Nr. 12: Prof. Wicherkiewicza B.: Przyczynek do kazuistyki wągrów ciała szklistego, oraz kilka uwag dotyczących rozpoznania i operacyi tychże. Wadzyńskiego P.: Przypadek wągra podsiatkówkowego. Dr. Talko J.: Meningocele intraorbitalis posterior. W *Medycynie* Nr. 2: Dr. Korybut-Daszkiewicza B. Morbus coeruleus et transpositio vasorum cordis completa (dok.). Goldflama S.: Dalsze uwagi nad chromaniem przestankowem (dok.).

Zapiski bibliograficzne.

— *La Semaine médicale* Nr. 1: Chauffard M.: O wewnętrznem leczeniu zapobiegawczem nawrotnej kolki wątrobnej. Cheinisse L.: O przeobrażeniach doktryn lekarskich w wieku XIX.

— *Časopis Lekařů českých* Nr. 1 i 2: Prof. Dr. Maixner: Některé poznámky ku pathogenesi a symptomatologii výduti srdečnice. Prof. Dr. Deyl: Povšechná diagnostická důležitost „Neuritis retrobulbaris“ a zajímavý případ této choroby. Dr. Procházká F.: O achondroplasii čili chondrodystrofii foetalni.

— *Deutsche Medic. Wochenschrift* Nr. 2: Prof. Dr. Levin: Wymioty po zastósowaniu chloroformu oraz innych leków znieczulających wziewanych. Sposób zapobiegania im. Dr. Bendix E.: O chemizmie bakteryj. Dr. Baumgarta: O laparotomii pochwowej i brzusznej w gruźlicy otrzewnowej. Dr. Wolff-Becher: Oznaczenie dolnej granicy żołądka przy pomocy Röntgenowskiego prześwietlania. Dr. Kohn: „Mors thymica“. Dr. Wołowski: O oznaczeniu ilościowem i klinicznem znaczeniu indykanu w moczu.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 2: Dr. Schmidt R.: O prątkach żołądka: okrężnicowym i krezkowym, oraz uwagi nad florą prątków kwasu mlekowego. Dr. Fajersztain: O objawie skrzyżowanym rwy kulszowej. Dr. Gross O.: Teorya wzajemnej zależności chorób serca i nerek. Prof. Zweifel: Tran z fosforem. Doc. Knapp: O świeczkach (bougie) aseptycznych.

— *Münchener Medic. Wochenschrift* Nr. 2: Everbusch: Godny uwagi przypadek widocznych w obrębie źrenicy wyrostków rzęskowych. Schattenfroh i Grassberger: Przyczynek do wiedzy o czynniku kiśnienia masłowego i jego stosunek do wąglika. Dr. Kühn: O wykryciu indykanu w moczu, zawierającym jod. Dr. Braatz: Odkażanie parą w chirurgii. Dr. Grossner: Wpływ podskórnych wstrzykiwań żelatyny na krwotok z miedniczek nerkowych. Dr. Marian: Przypadek zastoiny z ucisku. Dr. Cramer: O wgnieceniu przodującej główki w położeniu Walcherowskim przy zwieszonych nogach.

— *La Presse Médicale* Nr. 4: Jeanselme E.: Walka przeciw trądowi w koloniach angielskich.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 2: Escherich: O błonicy. Riedel: O kamieniach żółciowych (c. d.). Kümmel: Promienie Röntgenowskie w usługach medycyny praktycznej (dok.). Hueppe: O nowoczesnych dążeniach kolonizacyjnych i o możliwem przystosowaniu się europejczyków do strefy podzwrotnikowej (dok.). Goldflam S.: O wstrząśnieniu nerek.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 23 stycznia, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Witkowskiego,*** posiedzenie zwyczajne, na którem odbędą się następujące odczyty: 1) kol. prof. Browicz: „Czy kanaliki żółciowe międzykomórkowe mają własne ścianki?“ 2) kol. dr. Zydłowicz: „Kilka uwag w sprawie popularnych wykładów o chorobach wenerycznych i samogwałcie dla dorastającej młodzieży szkół średnich“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**